

Univerzita Karlova v Praze

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Obor: Adiktologie



Diaraye Baldé

Škodlivé užívání a závislost na návykových látkách u pacientů s psychotickými poruchami

Harmful use and drug dependence in patients with psychotic disorder

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Praha 2013

Autor práce: **Diaraye Baldé**

Vedoucí práce: **Doc.Mudr. Phdr. Kamil Kalina, CSc.**

Oponent práce: **MUDr. Jakub Minařík**

Datum obhajoby: **10. 9. 2013**

Hodnocení:

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze

DIARAYE BALDÉ

.....

Identifikační záznam

BALDÉ, Diaraye. *Škodlivé užívání a závislost na návykových látkách u pacientů s psychotickými poruchami.* [*Harmful use and drug dependence in patients with psychotic disorder.*] Praha, 2013. 51. s., 3. příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF a VFN.

Vedoucí práce Doc.Mudr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu mé práce, Kamilu Kalinovi, za jeho vedení, podporu, pomoc a cenné rady. Dále patří mé díky personálu denních stacionářů za možnost sběru dat a respondentům za jejich ochotu účastnit se mého výzkumu.

Abstrakt

Hlavním téma mé bakalářské práce jsou duální diagnózy. Tedy psychické onemocnění ve spojení se zneužíváním legální nebo ilegální návykové substance. Konkrétně se zaměřuji na škodlivé užívání a závislost u pacientů s diagnózou psychózy. Z výzkumů je známo, že tito pacienti zneužívají návykové látky třikrát víc než normální populace. Přesto existuje málo pracovišť, kde by se tomuto problému věnovali.

Tato práce si klade za cíl popsat vzorce užívání návykových látek u této populace. Popsat, jaký vliv má zneužívání těchto návykových látek na chování, projevy onemocnění a vztahy. Dále zda slouží tyto psychoaktivní substance jako sebemedikace. Výzkumný vzorek tvořilo pět respondentů. Většinu z nich, čtyři respondenty, jsem našla mimo oficiální instituce metodou snowball. Respondenti nejdříve vyplňovali dotazníky, které měli potvrdit, zda trpí škodlivým užíváním nebo závislostí na návykových látkách. Dále jsem s nimi provedla krátkou anamnézu a dále dotazník sledující linii výzkumných otázek. Výzkum využívá kvalitativní přístup. Rozhovory byly provedeny pomocí semistrukturovaných rozhovorů. Data jsem zanalyzovala pomocí metody zachycení vzorců.

Většina dotazovaných vykazovala v době svého abúzu každodenní užití návykové látky. U většiny vidíme v anamnéze kouření marihuany, což je látka s velkým potenciálem vyprovokovat latentní psychickou poruchu. Sami respondenti ale počátek svých psychických obtíží datují už do období dětství. Subjektivně nezaznamenávají negativní vliv na chování a projevy nemoci, ale pouze nepříznivý vliv na vztahy s rodinou a partnery. Návyková látka slouží ke zmírnění obtíží jako sebemedikace.

V teoretické části vysvětluji pojmy jako: psychóza, návyková látka, škodlivé užívání a závislost, duální diagnóza a uvádím výzkumy vztahující se k tématu mé práce.

Klíčová slova: duální diagnóza, psychóza, škodlivé užívání, závislost, sebemedikace

Abstract

Main subject of my thesis are dual diagnosis, mental illness connected to the abuse of legal or illegal addictive substance. Specifically, I focus on the harmful use and addiction of the patients, diagnosed with psychosis. As we know from the researches, these patients are three times more likely to become addicted than the average population. Still, there are only few spots, where they actually work on this issue.

This thesis aims to describe the patterns in using addictive substances between the patients with psychosis. Also to describe the impact of using these substances on behavior, symptoms of the disease and the relationships. Furthermore, if those substances can be used for self-medication.

The research sample is consisted from five respondents. I found four of them out of the official institutions, using the snowball method. First, the respondents completed the survey, which should confirm, whether they suffer by using addictive substances, or by being addicted. I also went through a short anamnesis and another survey, tracking line of the survey questions. I am using qualitative research. The interviews were set by semi-structured questions. I have analyzed the data with the method of catching the patterns.

Most of the respondents used addictive substances on everyday basis, during their addiction. Almost all of the patients have smoking of marihuana in their anamnesis and it has a high potential to provoke latent mental disorder. But respondents themselves date the beginning of their mental disorder back to the childhood. Subjectively the patients haven't noticed any negative influence on their behavior, or symptoms of the disease. The only negative influence they admit, is on the relationships with the family and partners. The addictive substance should relieve the symptoms, through self-medication.

I'm explaining following terms in the theoretical part: psychosis, addictive substance, drug abuse and addiction, dual diagnosis. I am also presenting the researches connected to the topic of the thesis.

Keywords: dual diagnosis, psychosis, harmful use, adiction, self meditacion

Obsah:

Abstrakt.....	6
1. Teoretická část.....	10
1.1 Úvod	10
1.2 Definice pojmů	11
1.2.1 Psychiatrická komorbidita a duální diagnóza.....	11
1.2.2 Psychóza.....	14
1.2.2.1 Schizofrenie	17
1.2.2.2 Krátké a přechodné psychotické poruchy a schizoafektivní porucha.....	21
1.2.2.3 Trvalé duševní poruchy s bludy	22
1.2.2.4 Psychotické komplikace poruchy nálady.....	22
1.2.3 Návyková látka	24
1.2.3.1 Alkohol	24
1.2.3.2 Opioidy a opiáty	25
1.2.3.3 Konopné drogy	26
1.2.3.4 Halucinogeny	27
1.2.3.5 Stimulancia	29
1.2.4 Škodlivé užívání	30
1.2.5 Závislost	31
1.2.6 Sebededikace	34
1.2.7 Denní stacionář	35
1.2.8 Výzkumy.....	35
2. VÝZKUMNÁ ČÁST	38
2.1 Výzkumné cíle a formulace otázek.....	38
2.2 Metody tvorby dat	38
2.3 Nominace výzkumného souboru	39
2.4 Metody analýzy dat.....	40
2.5 Výzkumný soubor	40
2.6 Etické aspekty	40
2.7 Průběh výzkumného šetření.....	40
2.8 Výsledky výzkumného šetření.....	41

2.9 Shrnutí výsledků	46
DISKUZE	48
ZÁVĚR	50
Seznam literatury.....	51
PŘÍLOHY.....	54
Dotazníky	54
Přepis rozhovorů.....	57
Ukázka rozhovoru z PL Bohnice	77

1. Teoretická část

1.1 Úvod

Má bakalářská práce pojednává o duálních diagnózách. V poslední době se mluví o tom, že naprostá většina lidí trpící závislostí má přidružený ještě jiný psychický problém. Konkrétně píšou o diagnóze psychózy ve spojení se škodlivým užíváním či závislostí na psychotropních látkách. Tyto obě dvě diagnózy jsou samy o sobě velmi komplikované. Takto nemocní lidé nám téměř připadají, jako by byli z jiného světa. Jsou nepředvídatelní, chovají se velmi neobvykle a nepochopitelně. Může se stát i to, že jsou agresivní. Běžná společnost a velmi často i příslušníci vlastní rodiny se takto trpících lidí bojí. Když se tyto dvě diagnózy spojí, problémy se násobí. Často pacienti přiznají jen jeden z problémů. Ale pokud například člověk se schizofrenií zatají užívání návykových látek, velmi těžko dochází k uzdravě. Jednak kvůli možným lékovým interakcím s těmito látkami, jednak k nespolehlivosti těchto pacientů. Užívání drog zhoršuje některé příznaky onemocnění, jako jsou například halucinace. Bohužel se stává, že personál zdravotních zařízení nechce anebo ani neumí s takovými klienty pracovat. Přitom je známo, že lidé s diagnózou psychózy užívají návykové látky mnohem víc než běžná populace.

Toto téma jsem si paradoxně vybrala pro jeho nevděčnost. Zajímá mě psychiatrie a psychózy se řadí mezi nejkomplikovanější psychiatrická onemocnění. Je známo, že psychiatrickí pacienti mají tendence zneužívat všemožné návykové látky. Na odděleních psychiatrických léčeben je možné se velmi často s těmito lidmi setkat. Přesto se toho o nich ví velmi málo a najde se naprosté minimum zařízení, kde se této cílové skupině věnují, protože práce s ní je velmi zdoluhavá a náročná. Chtěla jsem zjistit, jak sami pacienti vnímají vztah mezi svým onemocněním a škodlivým užíváním/závislostí na návykových látkách.

Cílem mé práce bylo zjistit, jakým stylem užívají tyto pacienti návykové látky, jak se po jejich požití mění symptomy nemoci a sociální vztahy, zda slouží zneužívání alkoholu a drog jako sebemedikace. Práce je rozdělena na dvě části. V části teoretické definuji, co je a jak vzniká psychóza, jaká všechna onemocnění se pod psychózy řadí a jaké jsou možnosti léčby. Dále zde vysvětluji, co je duální diagnóza a co o ní ve spojení s psychózami bylo dokázáno. Poté definuji pojem škodlivé užívání a závislost a popisuji konkrétní návykové látky, jejichž zneužívání mě u respondentů zajímalo. Výzkumná část je zpracována metodou kvalitativního výzkumu. S klienty denních stacionářů jsem vedla polostrukturované interview. Výsledky výzkumu byly zpracovány metodou zachycení vzorců.

1.2 Definice pojmů

1.2.1 Psychiatrická komorbidita a duální diagnóza

(Kalina, 2008) Pojem psychiatrická komorbidita znamená, že se vyskytuje více psychických poruch, nebo dva a více symptomů u jednoho subjektu.

V mé práci je klíčová takzvaná duální diagnóza. Dle Evans a Sullivan (1990) je duální diagnóza spojení diagnózy závislosti na nějaké psychoaktivní substanci (legální i nelegální) a psychického onemocnění, jako je například deprese. Dle Kaliny (2008) rozdělujeme dva typy uživatelů drog. U prvního typu je primární psychiatrické onemocnění mimo skupinu F.10 – F.19, kteří začnou ve velké míře užívat návykové látky díky těmto potížím. Účinky drog zmírňují příznaky primárního onemocnění, drogy jsou užívány jako tzv. sebemedikace. Častá je kombinace depresivních symptomů, které jsou následně zaháněny alkoholem. Jiným případem je, že masivní užívání návykových látek může vést ke vzniku psychiatrického onemocnění. Vztah mezi užíváním návykových látek a psychiatrickým onemocněním je však stále nejasný. Každý případ by měl být zkoumán individuálně a anamnéza by měla být pečlivě prozkoumána. Na celý proces mohou mít vliv i jiné rizikové faktory.

Existuje model duálních diagnóz, popisující 6 typů klientů s duální diagnózou :

1. *Klienti s onemocněním psychotického spektra (schizofrenie, bipolární afektivní porucha, těžká deprese atd.), kteří současně splňují diagnostická kritéria závislosti na drogách,*
2. *Klienti s onemocněním nenáležícím do psychotického spektra, kteří splňují diagnostická kritéria pro závislost na drogách,*
3. *Klienti s onemocněním psychotického spektra, kteří splňují kritéria pro zneužívání drog,*
4. *Klienti s onemocněním nenáležícím do psychotického centra, kteří splňují kritéria pro zneužívání drog,*
5. *Klienti s onemocněním psychotického spektra, kteří užívají drogy rizikovým způsobem, jenž ohrožuje jejich psychické nebo fyzické zdraví,*
6. *Klienti s onemocněním nenáležícím do psychotického spektra, kteří užívají drogy rizikovým způsobem, jenž ohrožuje jejich fyzické nebo psychické zdraví.“ (Kalina, K. a kol. (2008). s. 77)*

Evans a Sullivan (1990) ve své publikaci píší, že pacientů s duální diagnózou poslední desítky let stále přibývá. Ve výzkumech je dokázáno, že psychiatrickí pacienti jsou náchylnější k závislostem. Například u deprese a úzkostné poruchy je toto riziko dvojnásobné. Tito lidé vyžadují také častěji hospitalizaci. Užívání návykových látek prohlubuje některé symptomy psychického onemocnění. Alkoholik, který zároveň trpí depresí, má větší sebevražedné sklony. Tito pacienti se často ocitají v začarovaném kruhu, kdy jsou přeposíláni z jednoho druhu léčebného zařízení do jiného.

V publikaci od Geri Millerové (2011) se uvádí, že v USA je problém s terminologií. Pro duální diagnózu se používá několikero označení jako např. „duševní onemocnění s problémovým užíváním chemických látek a závislostí“ nebo „duševně nemocní se závislostí na chemických látkách“. Ve výzkumech, které zkoumala, je dokázáno, že naprostá většina osob zneužívající nějakou psychoaktivní substanci trpí zároveň nějakým psychickým problémem. Uvádí ovšem že: *„Je obtížné získat přesné informace o četnosti duálních diagnóz, z důvodu absence standardizovaných diagnostických nástrojů, vlivu pohlaví a socioekonomického postavení a z důvodu zaujatosti personálu v léčebných zařízeních.“* (Millerová, 2011, s.96) Dále píše, že ve srovnání s jinými psychiatrickými pacienty vykazují pacienti s duální diagnózou nějaké společné charakteristiky: vyšší míra suicidiálního chování, vyšší inteligence, více jednorázových epizod nadměrného užívání, manipulativní chování. Velkou přítěží v léčbě této populace je to, že odborníci z oblasti duševního zdraví a adiktologie nedostatečně spolupracují. Což je velmi potřeba a mělo by se brát v potaz, že v průběhu uzdravy se bude u klienta lišit potřeba pomoci od jednoho nebo druhého z pracovníků. Je potřeba otevřené komunikace a spolupráce. Jedním z problémů může být to, že jsou pomocníci z těchto oblastí jinak vzdělávání a s druhým oborem přišli do styku jen letmo, nebo vůbec. Dále zamlčování některých informací o léčbě klienta může vést k jeho včasnému vypadnutí z léčby.

Psychické onemocnění by se mělo diagnostikovat až po určitém období abstinence. Také je důležité zjistit, zda se psychické onemocnění vyskytlo před vypuknutím závislosti, zároveň s ní nebo až po určitém období abúzu. K tomu nám může dopomoci podrobně provedená anamnéza.

„Odhady prevalence duálních diagnóz se liší. Nace (1992) uvádí, že až 44% problémových uživatelů alkoholu a 65% problémových uživatelů alkoholu může mít během života průvodní psychiatrickou diagnózu. Mirin a Weiss (1991) uvádějí, že přibližně 30%

psychiatrických pacientů má problém s užíváním návykových látek. K.Evans a Sullivan (2001) odhadují, že více než 50% mladých lidí z populace chronicky duševně nemocných užívá chemické látky ovlivňující psychiku. Regier et al. (1990) zjistili následující hodnoty komorbidity návykových a psychiatrických poruch (celoživotní prevalence): 47,0% schizofrenie, 14,7% úzkostná porucha, 35,8% panická porucha, 32,8% obsedantně-kompulzivní porucha, 32,0% afektivní porucha a 60,7% bipolární porucha. Několik ze zde uvedených poruch představuje duální diagnózu v populaci bezdomovců, přičemž jde o duální diagnózu závislosti na chemických látkách v kombinaci s patologickým hráčstvím, posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) v důsledku násilného nebo sexuálního zážitku, s poruchami osobnosti, kognitivní poruchou, depresí a úzkostnými stavy.“ (Millerová, 201, s. 100-101)

Kessler (2004) shrnuje výsledky výzkumů, které byly ohledně duálních diagnóz provedeny. Je jisté, že pokud se spojí závislost s jiným psychickým onemocněním, je léčba mnohem složitěji proveditelná, než je tomu jen u čisté závislosti nebo čistě psychického onemocnění. Většina zkoumaných osob uvedla, že se u nich jako první objevily příznaky psychického onemocnění a až poté následoval vznik závislosti. Ale dlouhodobým zneužíváním některých drog se uživatel může dopracovat k psychickému problému. Kessler (2004) uvádí například panickou poruchu u kokainistů. Velmi zajímavé bylo zjištění, že některá psychická onemocnění jakoby přímo předurčovala jejich nositele ke zneužívání návykových látek – např. ADHD. Je také dokázáno, že především ženy, které trpí úzkostnou poruchou, se stávají velmi často závislými na alkoholu. Kdežto u mužů tíhnou k alkoholu hlavně ti, jenž trpí antisociální poruchou osobnosti. Téměř pravidlem bývá, že psychiatřiští pacienti kouří. U lidí, kteří se stávají na nikotinu závislými a nejsou schopni přestat, je velká pravděpodobnost, že trpí nějakým psychickým onemocněním. Myšlenka, která mi přišla obzvláště zajímavá, byla, že pokud by se u lidí již v brzkém věku rozpoznali počínající psychické obtíže jako primární problém, se kterým je třeba pracovat, z velké části by se eliminoval sekundární problém abúzu návykových látek.

Jak uvádí Kalina (Kalina a kol., 2008) diagnostika komorbidity je obtížná. Ale rozpoznání tohoto faktu je klíčové pro zahájení efektivní léčby. Je nutné provést několik diagnostických vyšetření. Pacienti také častěji přiznávají svůj psychický problém, než problém s návykovými látkami a to hlavně ženy. Ze strany pacienta můžou být některé symptomy úmyslně zamlčeny. Po léčbě závislosti je dobré počkat se stanovením psychického stavu, aby se odlišily

psychické problémy spojené s abstinenčními příznaky od problémů, které nemají s abstinencí co do činění. Někteří doktoři se záměrně soustředí jen na jednu z těchto diagnóz.

Pokud se v léčbě zaměříme jen na jednu diagnózu, může dojít k problémům se zapojením do léčebného programu, ke konfliktům a z toho plynoucím relapsům. Při léčbě je třeba se zaměřit na obě poruchy. Léčba může být následná – nejdříve se řeší závislost v jednom zařízení a následně psychický problém v zařízení jiném, souběžná – řeší se problém s návykovou látkou v jednom zařízení a zároveň problém psychický v jiném zařízení, integrovaná – jedno zařízení a jeden terapeutický tým je schopen řešit oba problémy. Za nejlepší se považuje léčba integrovaná. Té je věnována značná pozornost především v terapeutických komunitách.

1.2.2 Psychóza

„Termín psychóza označuje skupinu patologických stavů, pro které je charakteristická porucha kontaktu s realitou. Termín psychóza tedy neoznačuje určitou nozologickou jednotku, ale shrnuje psychopatologické stavy nejružnější etiologie a průběhu. Samotný termín psychóza prošel historickým vývojem. Poprvé ho použil v roce 1847 E. von Feuchtersleben k odlišení onemocnění „psychizmu“ v protikladu k neurózám, které vnímal jako onemocnění „nervů“. Označoval tedy ta onemocnění, kterým se dříve říkalo šílenství. Ačkoliv se termín psychóza hojně užívá a užívá, jeho přesná definice v učebnicích a klasifikačních systémech často chybí a na psychózu se odkazuje jako na obecně známý pojem. Shoda je v tom, že se jedná o těžkou duševní poruchu, která vážně narušuje duševní existenci postiženého jedince, a to ve vztahu k sobě samému i k vnějšímu světu. Dochází k dezintegraci struktur osobnosti a ke zřetelné ztrátě kontaktu s realitou.“ (Horáček a kol., 2003, s. 15)

Jak píše Horáček (2003) vnitřní svět osoby s psychózou je odlišný od světa „normálních“ lidí. Děje se tak na základě odlišného vnímání a myšlení. Můžou být přítomny i jiné poruchy psychiky. Porucha vnímání se projevuje různými nepravdivými vjemy. Patologické vjemy bez reálného podkladu se nazývají halucinace. Pokud je podklad reálný, ale je v mysli zkreslen, nazývá se iluzí. Porucha myšlení se projevuje tím, že není nemocný člověk schopný interpretovat realitu. Může být porušena jak forma myšlení, tak jeho obsah. Na tomto základě vznikají patologické interpretace světa – bludy. Ty jsou pro psychózu naprosto typické. *„Blud je mylné, nepravdivé soukromé přesvědčení o světě a může mít charakter příběhu. Blud má několik charakteristik, podle kterých ho rovněž diagnostikujeme: (1) je pro okolí zjevně nepravdivý, nesmyslný, (2) je nevýratný (přesvědčení je*

nekorigovatelné a nelze ho vyvrátit žádnými logickými argumenty), (3) má vliv na jednání člověka, je vždy spojen s motivací, nestojí tedy na okraji pozornosti jedince, ale vždy v jejím centru, (4) je chorobného vzniku, je součástí duševní poruchy, za fyziologických podmínek k němu nedochází.“ (Horáček a kol., 2003, s. 16)

Podle Horáčka (2003) může jít o psychózu i v případě některých specifických poruch vědomí. To je odpovědné za to, jak vnímáme, co se v nás odehrává. Také řídí další části psychiky, jako je např. myšlení, chování atd. Do této kategorie patří delirium, při kterém je porušena jasnost vědomí a díky tomu jsou porušeny i ostatní psychické funkce. Objevují se halucinace, formální poruchy vědomí a bludy.

U psychotických onemocnění jsou též přítomny poruchy emotivity – oploštělá emotivita, deprese, extatická nálada a další. Když dosáhne primární porucha – deprese, či mánie určitého stupně, objevují se typické psychotické příznaky jako bludy a halucinace.

Výsledkem těchto poruch je porucha sociálního fungování a kvality života.

Kalina ve své publikaci Jak žít s psychózou (2001) uvádí, že určit, jak psychóza vznikla, je velmi složité. Na vzniku se podílí několik faktorů. Jsou to vlivy biologické, psychologické a sociální. Mezi biologické vlivy patří například dědičné faktory, které způsobují změnu ve stavbě centrálního nervového systému. Nemoc sama však po určité době může vést k přestavbě některých struktur v mozku. Dále je to například nepříznivý vývoj v dětství, tlak okolí a nadměrný stres. Toto všechno způsobuje, že se člověk stává zranitelným a v období velkých životních změn, kdy jsou na jedince kladeny velké nároky, může propuknout samotné onemocnění. U každého člověka postiženého psychózou můžou mít jednotlivé vlivy rozdílné zastoupení.

Psychózy probíhají v několika fázích. Ty u jednotlivých pacientů i onemocnění můžou trvat různě dlouhou dobu. Rozlišujeme přípravné stadium, období rozvinuté psychózy, období vyhasínání a období úpravy.

Onemocnění bývá spuštěno po určitých delších dobu trvajících stresových událostech, kdy nejsou zvládnuty určité požadavky, které jsou na tu konkrétní osobu kladeny – např. zamilování, zkouška, nebo smrt někoho blízkého. Člověk se v počátcích onemocnění uzavírá do sebe. Na počátku se objevují tzv. prodromální příznaky – nespavost, úzkost, vztahovačnost, pocity neskutečnosti a další.

Období rozvinuté psychózy se projevuje takto. „*Nemocný se jeví nápadně změněný, bez zájmu o obvyklé věci, stažený do sebe, ztuhlý nebo neklidný a zděšený, nespí, vyhýbá se jídlu a hodně kouří. Nejbližší lidé se cítí jeho chováním zaskočení, zmateni, mají o něho strach. Také mají strach z něho, i když je málokdy skutečně nebezpečný. Někdy se ovšem stane, že nemocný něco rozbije nebo vyhodí, někoho udeří, uteče do města nebo do lesa, ale strach budí spíš zdánlivá nelogičnost, bizarnost a nesrozumitelnost jeho jednání. Jeho citové projevy nepřiléhají k okolnímu dění nebo jsou převrácené, pomíjí věci, které jsou pro ostatní významné a vzrušuje se nepatrnými podněty, které obdařuje svým vlastním významem. Logika jeho citů, myšlení a jednání je logikou jeho vnitřního světa – o tomto svém světě nemocný obvykle nemluví, mnoho však prozradí jeho podezíravé nebo velikášské jednání, neklidný, vyhýbavý či strnulý pohled, naslouchání hlasům, trpitelná tvář nebo různé úniky a obrany před fantazijními vlivy. Zejména zhroucení hranic JÁ bývá doprovázeno tak extrémními emocemi a změnami chování, že přivedou pacienta na psychiatrii, pokud se to nestalo už před tím. Rozvinutá psychóza obvykle vyžaduje hospitalizaci na lůžkovém psychiatrickém oddělení, léčení její rozvoj zastaví a přivede ji k vyhasínání.*“ (Kalina, 2001, s. 30-31)

Kalina (2001) období vyhasínání popisuje tak, že ustupují příznaky psychózy, některé rysy ale nadále přetrvávají. Ještě se může objevovat např. podezíravost, hlasy, nesoustředěnost. Pacient se nadále musí léčit.

V období úpravy, čili remise, všechny příznaky nebo alespoň jejich většina vymizí. Je zvýšená zranitelnost, nemoc se může opět navrátit.

Nyní popíši metody, jakými se psychózy léčí. Celý proces začíná navázáním kvalitního terapeutického vztahu. Pokud je terapeutický vztah navázán nesprávným způsobem, může onemocnění chronifikovat. Při hospitalizaci pacienta je důležité posoudit rizika plynoucí z psychopatologie. Hospitalizace může být výhodná i kvůli snížení břemena pacientovi zodpovědnosti. Stěžejní je v léčbě psychóz dobře vedená farmakoterapie. V dnešní době se užívají hlavně antipsychotika II. generace jako např. risperidon, nebo olanzapin. Používají se i klasická neuroleptika jako např. haloperidol, ty mají ovšem nepříjemné vedlejší účinky – extrapyramidové příznaky. Ke zklidnění se užívají i benzodiazepiny jako diazepam. Při poruchách nálady se dají využít i SSRI antidepressiva. Osvědčila se i elektrokonvulzivní terapie. Jako důležitá součást terapie se ukázala být psychoedukace- jak pacienta, tak jeho rodiny. Pacient, který je informován o tom, jakým způsobem funguje jeho onemocnění a jak a proč v které fázi bere léky, dodržuje důsledněji farmakoterapii. Důležitou úlohu hraje i

rodinná terapie. Dále pracovní terapie, kdy pacient kreativně rozvíjí své schopnosti a má pocit zadostiučinění. Nelze opomenout ani nácvik sociálních dovedností. Ke každému pacientovi by se mělo přistupovat individuálně a jeho stav neustále vyhodnocovat. (Libiger, 2002)

1.2.2.1 Schizofrenie

Dle MKN 10 (WHO, 2008) je schizofrenie zařazena do sekce F20-F29 spolu se schizotypní poruchou a poruchami s bludy. Toto onemocnění patří k jedněm z nejzávažnějších poruch. Trpí jím lidé na celém světě – ve všech kulturních i zeměpisných oblastech. Postiženo je cca 1% populace. Velké množství postižených je vyřazeno z produktivního života a trvale invalidizováno.

Nyní bych ráda uvedla některá historická fakta podle Zvolského (1996). Roku 1856 popsal francouzský psychiatr Benedict Augustin Morel u 14 letého chlapce náhlý rychlý úpadek intelektu a chování. V tomto období začíná vývoj schizofrenie.

Roku 1870 zavedl Hecker termín „hebefrenie“ pro poruchy vznikající kolem puberty, vedoucí k závažné dezorganizaci osobnosti a k úpadku intelektu.

Kahlbaum v roce 1863 oddělil paranoidní demenci od paranoie. V roce 1868 popisuje skupinu katatonie.

V roce 1896 Emil Kraepelin na základě podobných syndromů shrnul tato onemocnění pod pojmem „dementia praecox“ (předčasná demence). Za společné příznaky Kraepelin považoval – vznik v adolescenci nebo i v časně dospělosti a nezvratnou progresi k trvalé demenci. Později se ukázalo, že ani jedna z těchto podmínek definitivně neplatí. Diagnóza „dementia praecox“ se u nás používala do dvacátých let 20. století.

Eugen Bleuler navrhl v roce 1911 pro tuto skupinu duševních poruch název schizofrenie. Tento termín je překládán jako „rozštěp mysli“, což může být laicky mylně pokládáno jako střídání různých osobností u jednoho člověka. Vystihuje rozštěpení mezi různými mentálními funkcemi – myšlením, emocemi a chováním. Bleuler zdůraznil, že věk vzniku onemocnění může být od 15 do 45 let. A že existují rozdíly mezi výsledným stavem onemocnění.

Podle Bleulera jsou symptomy rozděleny na primární – ty jsou pro onemocnění typické a sekundární – ty považoval za pouhé důsledky primárních symptomů.

„Belulerovy primární symptomy:

1. *Poruchy asociací, které se vyznačují zejména jejich rozvolněním, fragmentací.*
2. *Poruchy afektivity – afekty jsou u nemocného neadekvátní, nepřiměřené nebo jeví výrazné oploštění a ztupení.*
3. *Autismus – sociální izolace, ponoření do sebe, narcistické soustředění na vlastní osobu, subjekt se noří do denního snění a ztrácí kontakt s realitou.*
4. *Ambivalence – současná koexistence protichůdných pocitů s nedůsledným chováním a výkyvy.*“ (Zvolský a kol., 1996, s. 70)

Podle Zvolského (1998) nejsou sekundární symptomy u schizofrenie primárně přítomny, mohou se vyskytovat u psychóz jakéhokoliv původu. Jde o – halucinace, bludy, katatonní nebo hebefrenní projevy chování. Tyto příznaky jsou ovšem snáze diagnostikovány.

Díky poruchám myšlení je do odpovědi zahrnován irelevantní obsah, který není přiměřený kladené otázce. Jsou problémy s abstrakcí, proto pacienti tíhnou ke konkrétním odpovědím.

V počátcích onemocnění může mít subjekt pocit, že se kolem něj děje cosi nejasného, vztaženého k jeho osobě. Kvůli tomu může pociťovat hrozbu, kterou nedokáže vysvětlit – bludná nálada. Poté se dostavuje náhlé poznání, které se projeví bludnou interpretací.

Průběh onemocnění může být velice různorodý. Onemocnění se může objevit jen jednou za život a nemusí mít buď žádné následky, nebo následky lehké, které nenarušují život nemocného. Epizody se můžou opakovat buď s fázemi, kdy se může subjekt plně normalizovat, nebo může docházet k stále většímu narušení osobnosti.

Čím bouřlivěji onemocnění probíhá, tím má lepší prognózu, než když začíná nenápadně a u subjektu pozorujeme málo sekundárních příznaků. Pro onemocnění, které začíná v pozdějším věku, platí, že má též lepší prognózu.

Primární příznaky se označují jako příznaky negativní a příznaky sekundární jako příznaky pozitivní.

Diagnostická kritéria dle MKN 10 (WHO, 2008) :

- a) *Slyšení vlastních myšlenek, pocity vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek*
- b) *Bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo údů, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo citění, bludné vnímání*
- c) *Halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla*
- d) *Trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné, jako např. náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti (např. schopnost ovlivňovat počasí, schopnost spojení s cizinci z jiného světa)*
- e) *Přetrvávající halucinace v kterékoliv formě, když jsou doprovázeny buď prchavými nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu nebo přetrvávajícími ovládacími představami, nebo když se vyskytují denně po několik týdnů a měsíců*
- f) *Zárazy nebo vkládání do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherence nebo irrelevantní řeč, nebo neologismy*
- g) *Katatonii jednání, jako např. vzrušenost, nástavy nebo flexibilitas cerea, negativismus, mutismus a stupor*
- h) *„negativní“ příznaky jako např. výrazná apatie, ochuzení řeči a oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí (ty obvykle vyúsťují do sociálního stažení a snížení sociální aktivity), musí být jasné, že se nejedná o příznaky vyplývající z deprese nebo medikace neuroleptiky*
- i) *Výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování, jako je ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení.*

MKN 10 určuje jako požadavek pro diagnosu schizofrenie, aby byl přítomen minimálně jeden velmi jasný příznak (a obvykle dva nebo více méně jasné

příznaky), patřící k jakékoliv skupině uvedené pod body (a) až (d) nebo aby byly přítomny příznaky alespoň ze dvou skupin uvedených pod body (e) až (h) a to většinou po období jednoho měsíce nebo déle. “ (Zvolský a kol., 1998, s. 72-73)

V této části popíši formy schizofrenie (Horáček a kol, 2003)

F20.0 Paranoidní schizofrenie

Je nejčastější formou schizofrenie. Typická je přítomnost halucinací a bludů – hlavně vztahovačností a paranoidně perzekuční, ale mohou se objevovat i grandiózní a další. Nejčastější jsou sluchové halucinace, které mohou např. komentovat jednání nemocného, nebo mu rozkazovat. Objevují se i halucinace zrakové, chuťové, tělesné atd. Také halucinace intrapsychické, kdy má nemocný pocit, že jsou mu myšlenky do hlavy vkládány – imputace, nebo odebírány – amputace.

F20.1 Hebefrenní schizofrenie

Počátek je typický v adolescenci. Objevují se poruchy chování, emotivity a afektivity. Pozorujeme dezorganizovanost myšlení a inkoherenci řeči. Nálada nepřiléhá situaci, můžeme pozorovat manýrování a těžko usměrnitelné neadekvátní projevy.

F20.2 Katatonní schizofrenie

Je typická poruchami psychomotoriky. Buď nadměrného vzrušení, kdy se objevují bezcílné a neúčelné pohyby a stuporu – ztuhlosti. Stupor může být doprovázen povelovým automatismem a nástavami, kdy pacient vydrží po dlouhé hodiny v nepřírozené poloze. Může se objevovat tzv. flexibilitas cerea - vosková ohebnost, kdy končetiny pacienta kladou plastický odpor. Objevuje se také povelový automatismus, mutismus a negativismus.

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

„Splňuje diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale symptomatologie neodpovídá žádnému z výše uvedených typů (paranoidní, hebefrenní, katatonní) anebo žádná nepřevládá. Současně nejsou splněna kritéria pro postschizofrenní depresi nebo reziduální schizofrenii.“ (Horáček a kol., 2003, s. 36)

F20.4 Postschizofrenní deprese

Subjekt v minulých 12 měsících splňoval kritéria pro schizofrenii. Můžou být přítomny některé její příznaky. Jsou přítomny depresivní příznaky po odeznění schizofrenní ataky. Deprese může být těžká s rizikem sebevražedného jednání.

F20.5 Reziduální schizofrenie

Je to chronická fáze onemocnění. Jsou přítomny převážně negativní příznaky jako např. hypoaktivita, oploštělá afektivita, ochuzená řeč, sociální stažení, zanedbávání zevnějšku. Pro diagnostiku je stěžejní přítomnost minimálně jedné schizofrenní epizody v anamnéze. Musí být vyloučeno jiné mozkové postižení, demence, chronická deprese a hospitalizmus.

F20.6 Simplexní schizofrenie

Je vzácná, diagnostika nebývá jednoduchá. Vyznačuje se pozvolnými progresivními změnami v chování, selháváním v sociálních situacích, poklesem celkové výkonnosti, bezcílností a autizmem. Nejsou přítomny bludy a halucinace.

1.2.2.2 Krátké a přechodné psychotické poruchy a schizoafektivní porucha

Jak ve své knize uvádí Horáček (2003), tyto poruchy mnohdy probíhají bouřlivě a provází je klasické psychotické příznaky jako halucinace, bludy, poruchy afektivity a psychomotorický neklid. Na rozdíl od schizofrenie, jsou u těchto poruch prožívány afekty velice silně a nesetkáme se zde s emočním chladem.

Akutní a přechodné psychotické poruchy vznikají většinou jako reakce na stresující událost jako je např. úmrtí blízké osoby. Přeměna stavu normálního do stavu psychotického probíhá rychle, většinou do dvou dnů. Příznaky onemocnění jsou značně proměnlivé. Střídají se příznaky schizofrenní oblasti (halucinace, bludy) a bouřlivé střídání nálady. K odeznění dochází nejpozději do 2-3 měsíců.

Tyto poruchy se nejčastěji objevují v mladém věku. U pacientů si můžeme povšimnout zhoršené schopnosti zvládat zátěž.

Akutní forma vyžaduje hospitalizaci. Z psychofarmak se používají antipsychotika (př. haloperidol), BZP (př. diazepam).

Schizoafektivní porucha bývá zpravidla přechodného rázu. Přibližně ve stejné míře se objevují příznaky schizofrenní a afektivní. Afektivní příznaky věští lepší prognózu. Toto

onemocnění je diagnostikováno častěji u žen. Rozlišovány jsou tři podoby této nemoci – manický typ, depresivní typ a smíšený typ. Farmakologicky se pacienti ošetřují antipsychotiky, lithiem a u depresivního typu antidepressivy.

1.2.2.3 Trvalé duševní poruchy s bludy

Porucha s bludy byla dříve nazývána paranoia. Hlavním znakem je systemizace logických bludů. Od schizofrenie se odlišuje tím, že nejsou žádné nebo minimální halucinatorní symptomy. Porucha s bludy je velmi obtížně léčitelná, většinou má chronický průběh.

Rozvinut může být jeden blud, nebo soubor bludů příbuzných. Bludy mají většinou obsahy, které by v reálném životě mohly nastat, ale nejsou reálné. Blud je nereálný, chorobně vzniklý, má vliv na chování jedince a je nevývratný. „*Nejčastěji se vyskytují perzekuční bludy – domnělého pronásledování a strojení úkladů vůči nemocnému, velkášské bludy (grandiózní) – bludy zvláštní moci a síly, vědomostí, identity, či spojení s význačnými osobnostmi, erotomanické bludy – pacient je tajně milován jinou osobností (často význačnou či mediálně známou – herec, zpěvák, televizní hlasatelka apod.), žárlivecké (emulatorní) bludy – domnělé nevěry partnera. Dále bývají přítomny somatické bludy, které lze rozdělit zhruba do tří nejčastějších okruhů: (1) hypochondrický blud zahrnující nevývratné přesvědčení o infekci (bakteriemi, parazity, např. kožními), (2) dysmorfobické bludy – domnělé znetvoření či nepoměrná velikost některých částí těla, ošklivosti – časté jsou v takovém případě žádosti o chirurgickou nápravu, kosmetické operace, (3) bludy vlastního zápachu.*“ (Horáček a kol., 2003, s. 71)

Počátek nemoci je nejčastější ve středním věku. Obsah bludu a počátek jeho vzniku bývá spojený s aktuální životní situací jedince. Afektivita bývá neporušena.

V psychiatrické praxi je tato porucha spíš vzácným jevem. Je tomu asi proto, že pacienti se necítí být nemocní. Tato nemoc nevede ke změně osobnosti, ale blud se stává středobodem pacientova vesmíru.

V léčbě jsou antipsychotika léky volby. Pomáhají i SSRI antidepressiva. Významná je role psychoterapie.

1.2.2.4 Psychotické komplikace poruchy nálady

„Pro poruchy nálady je charakteristická deregulace emotivity, psychomotorického tempa, doprovázená změnami biorytmů a kognitivních procesů. V rámci poruch nálady

(především u mánie, méně často u deprese) se mohou vyskytovat psychotické symptomy (bludy, méně často halucinace). “ (Horáček a kol., 2003, s.77)

Ve světě přibývá depresí a začínají v nižším věku. Více jsou postiženy ženy, než muži.

Pro depresi je typický negativní pohled na sebe, svět a budoucnost. „*Těžce depresivní pacienti mohou tedy trpět bludy týkajícími se vlastní nedostatečnosti (insuficiencí bludy), zbytečnosti, hříšnosti, sebeobviňování může dosáhnout bludné produkce (autoakuační bludy), pacienti mohou mít pocit, že vlastní nicotností zruinovali sebe, svou rodinu, v extrémních případech celý svět (ruinační bludy), že jim chybí části těla, že ani neexistují, popírají vlastní existenci (nihilistické bludy), případně že jsou znetvoření (dysmorfofobické bludy), že trpí těžkou nevyléčitelnou chorobou – rakovinou nebo AIDS (hypochondrické bludy, které mohou dosahovat značně bizarního charakteru – pacient je přesvědčený, že má plesnivá játra, kamenné srdce). Souhrnně tyto bludy označujeme jako mikromanické, úkorné. Patří mezi ně i tzv. Cotardův syndrom, kdy obzvláště starší nemocní trpí současně bludy enormity (přesvědčením, že svými činy přivodí katastrofu) a eternity (věčně musí trpět za své hříchy). Výjimkou při depresivní poruše nejsou ani paranoidní, vztahovačné bludy. Pacienti si myslí, že byli vyčleněni za své minulé chyby a nedostatky a zaslouží si trest (perzekuční blud). Jindy jsou natolik přesvědčeni o své nedostatečnosti ve všech oblastech, včetně té sexuální, že začnou podezřívat partnerku z nevěry – žárlivecké (emulační bludy). V extrémních případech může pacient pod vlivem bludu vykonat rozšířenou sebevraždu, aby zachránil příbuzné před domnělou morální nebo fyzickou ztrátou.*“ (Horáček a kol., 2003, s. 79)

Z halucinací se můžou objevit např. obviňující hlasy.

Mánie je svými klinickými příznaky opakem deprese. Maničtí pacienti jsou přehnaně optimističtí, sebevědomí, mají neomezenou víru ve vlastní schopnosti apod. „*Typické jsou megalomanické, vyvýšené bludy spojené s chorobným přesvědčením o zvláštním významu vlastní osoby. Pacienti se domnívají, že jsou obdařeni výjimečnými intelektovými nebo fyzickými vlastnostmi, někdy až přesahujícími hranice lidských možností (extrapotenční bludy), že vlastní obrovské bohatství, mají aristokratický původ (originární bludy), provedou významné změny v chodu společnosti (reformátorský blud), jsou neodolatelní pro druhé pohlaví (erotomanický blud), učinili významné objevy (inventorní blud). Většinou se jedná o nesmyslné vynálezy (elektrárna na dešťovou vodu, dům ve tvaru párku v rohlíku atd.)* Výjimkou však nejsou ani paranoidní bludy – bludy vztahovačnosti. Pacienti jsou přesvědčeni,

že je někdo pronásleduje, chce se jim pomstít nebo je potrestat (perzekuční bludy) za jejich zvláštní schopnosti.“ (Horáček a kol., 2003, s. 80). Když už se objeví halucinace, mají často religiózní a extatickou povahu.

U afektivních poruch s psychotickými příznaky se soustředíme především na léčbu poruch nálady. Když zmizí chorobná nálada, ustoupí psychotické příznaky. Pro ovlivnění psychotických symptomů je vhodné používat antipsychotika. Dále jsou vhodná antidepressiva z řady SSRI a benzodiazepiny.

1.2.3 Návyková látka

Ve své práci se zabývám závislostí a škodlivým užíváním psychoaktivních látek. To jsou látky, které jsou u člověka schopny vyvolat syndrom závislosti díky svému návykovému potenciálu.

1.2.3.1 Alkohol

Alkohol je chemicky etylalkohol a vzniká kvašením ze sacharidů (př. vinná réva) nebo polysacharidů (př. obilniny). Alkoholické nápoje byly požívány již v dobách dávných civilizací. Nejdříve při náboženských obřadech, poté jako nápoj. Staré jsou i zprávy o užívání alkoholu jako léku. Nadměrná konzumace alkoholu se nazývá alkoholismus.

Účinky alkoholu závisí na množství vypitého nápoje, na biologických dispozicích, na psychologických vlivech – např. očekávání a na vlivu prostředí. Nižší dávky působí stimulačně. Dochází k mnohomluvnosti, zvýšenému sebevědomí, psychomotorické excitaci, snížení zábrán a agresí. Po požití vyšších dávek dochází k útlumu CNS. Objevuje se únava, spánek, případně bezvědomí a smrt. Podle hladiny alkoholu v krvi se popisují čtyři stadia intoxikace alkoholem: 1) excitační při alkoholémii do 1,5g/kg, vedoucí k lehké opilosti 2) hypnotické stadium při alkoholémii 1,6 – 2,0 g/kg, vedoucí k opilosti středního stupně 3) narkotické stadium při alkoholémii více než 2 g/kg, vedoucí k těžké opilosti 4) asfyktické stadium při alkoholémii nad 3 g/kg, vedoucí k těžké intoxikaci se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu.

U závislosti na alkoholu jsou typické tzv. „ranní doušky“, které mají odstranit symptomy nastupujícího odvykacího stavu. Dále jsou to alkoholová „okénka“ kdy si závislý nepamatuje, co dělal během intoxikace alkoholem. Nárůst tolerance, kdy závislý vydrží pít čím dál více alkoholu, přičemž ani nemusí jevit známky opilosti. Později ale dochází k snížení tolerance, kdy i malé množství alkoholu způsobuje těžkou opilost.

Odvykací stav na alkoholu je velmi nebezpečný, jelikož může progredovat do tzv. deliria tremens. V deliriu dochází k poruchám vědomí, halucinacím, bludům, těžkým křečovým stavům a metabolickému rozvratu.

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění. Postihuje člověka nejen po stránce zdravotní, ale zasahuje i do jiných oblastí jeho života. Abstinence je základní podmínkou léčby.

Při chronickém abúzu alkoholu dochází k mnoha somatickým komplikacím. Je postižen např. gastrointestinální trakt, zvyšuje se riziko jaterní cirhózy a karcinomu jater a mnoho dalších. Mezi psychické poruchy patří alkoholové psychózy. (Popov, 2008)

1.2.3.2 Opioidy a opiáty

Minařík (2008) o těchto látkách píše, že jsou to tlumivé látky s euforickým efektem. Mají název podle sušené šťávy z nezralých makovic – opia.

Mechanismus účinku je dán vazbou látky na opioidní receptory, které jsou umístěny v celé CNS.

Podle afinity (poměr síly) a efektivity vazby na receptor můžeme látky rozdělit na:

- Agonisty – plně aktivují receptor (morfin, heroin, metadon)
- Částečné agonisty – aktivují receptor jen částečně (buprenorfin)
- Antagonisty – blokují receptor, brání účinku jiného opioidu (antidotum – naloxon)

„Hlavním očekávaným účinkem je zklidnění a příjemná euforie, která bývá doprovázena pocitem tepla a snížením vnímání tělesných pocitů. Intoxikovaný vnímá většinu činností jako příjemnou nebo k nim má indiferentní vztah. Opioidy mají silné analgetické účinky.

Krátkodobé účinky:

- *Povšechný útlum dechového systému, výrazný je útlum dechového centra, prohloubení účinku vede až k zástavě dechového automatismu, změlčení dechu vede k nedostatečné ventilaci plic, snížené výměně krevních plynů a k cyanotickému zabarvení kůže,*
- *Bronchokonstrikce a pokles aktivity řasinkového epitelu v dýchacích cestách,*

- *Dráždí chemorecepční zónu pro zvracení, zvracení je charakteristickým vedlejším efektem pro prvouživatele,*
- *Svědění – intoxikovaný se poškrabuje po celém těle, a to dokonce i při ztrátě vědomí,*
- *Pokles tělesné teploty vlivem down regulace teplotního centra,*
- *Mióza (zúžení zornic), zornice často nereagují na světlo,*
- *Zpomalení srdeční akce, dilatace cév,*
- *Zácpa vlivem snížené pohyblivosti a zvýšeného napětí hladkého svalstva,*
- *Zhoršené vyprazdňování močového měchýře, pokles plodnosti u žen*

Dlouhodobé účinky:

- *Vznik závislosti psychické a somatické, k rozvoji somatické závislosti je třeba užívat s denní frekvencí řádově několik měsíců,*
- *S rozvojem tělesné závislosti stoupá tolerance k účinkům, dlouhodobí uživatelé snášejí i několikanásobek smrtelné denní dávky pro prvouživatele,*
- *Poškození organismu v souvislosti s nežádoucími účinky a poklesem citlivosti k bolesti. (Minařík, 2008, s. 345-346)*

1.2.3.3 Konopné drogy

Jak uvádí Miovský (2008) konopné drogy patří k nejstarším psychotropním látkám, které byly lidstvem využívány ke změně stavů vědomí i k léčebným účelům. Nelze přesně datovat počátek jejich užívání, jelikož jejich konzumace je starší než vynález písma. Odhaduje se však, že jsou známy stejně dlouho jako halucinogenní látky. Patří mezi látky s halucinogenním účinkem.

Dle Minaříka (2008,) jsou domovem konopí Himaláje, ale roste i v Indii a mírném pásu. Pro psychotropní účinky jsou nejhojněji pěstované *Cannabis sativa* a *Cannabis indica*. Nejvíce aktivních psychotropních látek lze nalézt v květech samičích rostlin – hlavně v pryskyřici. Účinnou látkou je delta-9-trans-tetrahydrocannabinol neboli THC. V těle se váže na specifické receptory pro endogenní kanabinoidy. Při pravidelném užívání THC klesá produkce vnitřních kanabinoidů.

Intoxikace nezávisí pouze na množství účinné látky, ale i na setu a setingu – vlivu prostředí a rozpoložení intoxikovaného jedince. Hlavními efekty jsou euforie, zklidnění, pocit

blaženosti, veselosti a zostření smyslového vnímání. Často se můžeme setkat s bezdůvodným smíchem. Po odeznění účinku přichází únava a otupělost.

Mezi krátkodobými nežádoucími účinky se může objevit: sucho v ústech, hlad, zkreslené vnímání času, intoxikace s úzkostným rázem až panická ataka, psychotické prožitky, halucinace a další.

Fyzická závislost nevzniká, psychická velmi zřídka. Nebezpečí konopných drog tkví v jejich možné provokaci latentní duševní poruchy.

Mezi zástupce patří: marihuana, hašiš a konopný olej.

1.2.3.4 Halucinogeny

Dle Miovského (1996) mohou halucinogeny vyvolat změny či poruchy vnímání, prožívání, emocí a následně chování. Postiženy bývají i oblasti fantazie, pozornosti a myšlení. Řadí se mezi ně jak látky přírodní př. psilocibin, mezkalin, tak syntetické př. LSD. Jsou to látky se sympaticko-mimetickým účinkem, antagonizují působení serotoninu. U člověka mohou vyvolat psychický stav podobný psychóze. Dříve byly halucinogeny označovány také jako např. psychodysleptika, fantastika, psychedelika a další.

„ Psychotropní halucinogenní drogy vyvolávají jisté změny ve vyvážení osobnosti, v homeostáze, ve vztazích k realitě, dále poruchy fyzické vedou změnami emocionality k poklesu integrace a rozvoji různých psychopatologických syndromů, někdy velmi komplikovaného rázu.

Látky, které vyvolávají známé organické psychózy, desorganizují orientaci, vyvolávají vedle halucinací pokročilejší změny vědomí a amnésii na dobu vlastní intoxikace a zasahují někdy i širěji. Halucinogeny, jako je mezkalin a LSD, mění vědomí jemněji, intoxikovaní zůstávají v kontaktu s okolím a jasněji poznávají prostředí a hodnotí své vlastní pocity, nemají amnézii. Přitom však tyto modelové stavy mají mnoho příznaků skutečných psychóz. Vyskytují se smyslové přeludy, depersonalizace, poruchy myšlení, inkoherece, myšlenkový trysk, jindy blokáda. Jsou změny emocionality: euforie, deprese, úzkost. Změny vnímání reality, zhoršení integrace psychických funkcí. Tedy kritéria skutečného, byť krátkodobého stavu psychotického jsou splněna.

Jsou však popisovány i jiné případy, kdy podivuhodné zážitky a poznání z doby intoxikace přetrvávaly pokus sám, zabarvovaly později myšlení a lidé hovořili o tom, že

prožívají mimořádné štěstí, mají nový postoj k životu a že konečně pochopili jeho mystérium a význam kosmu.“ (Miovský, 1996, s. 18)

Pověst látek s rouškou transcendentna, které vedou k vytvoření nových názorových pohledů a změně hodnot rozšířili především v šedesátých letech minulého století různí lékaři, spisovatelé a filosofové. Ke spisovatelům patřil Aldous Huxley se svou knihou Brány vnímání, která je považována za „bibli“ hnutí hippies.

Myslím, že mezi nejznámější halucinogeny u nás patří „houbičky“ a LSD, proto bych ráda pojednala právě o nich.

Psylocybin

Psylocybin je látkou, kterou obsahují některé houby rodu Lysohlávek. Účinky těchto hub jsou známy již po tisíce let. Užívali se např. ve Střední Americe, kde byly využívány ke kontaktu s bohy místními kouzelníky. U nás se vyskytuje druh Psilocybe Bohemica – Lysohlávka česká.

Průběh intoxikace může být velmi různorodý. Jako první se objevují somatické příznaky jako např. zrudnutí obličeje, rozšíření zornic a bolest hlavy. Velmi výrazná bývá euforie, která se vyskytuje po delší část intoxikace. Délka účinku psylocybinu je 4-6 hodin. To ovšem závisí na dávce a na dispozicích intoxikovaného jedince. Psychické účinky zahrnují např. zřetelné změny vnímání prostoru, nepřiměřený průběh afektů, snížená potřeba spánku, zvýšená aktivita a hovornost. Může se ale objevit i deprese, úzkost, strach ze zbláznění se. Naprostá většina lidí, kteří s lysohlávkami experimentovali, neměli sklon intoxikaci v dalších dnech opakovat.

LSD

„Kyselina lysergová byla poprvé syntetizována v roce 1938. Za pět let na to, 16. dubna 1943 v laboratořích firmy Sandoz pracoval chemik Albert Hoffman s touto látkou opět, a jak uvádí jeho zpráva z 22. 4. 1943, musel přerušit svoji práci pro pocity „podivného neklidu a závratě“. Jak uvádí dále, doma se dostavil příjemný stav rauše (opojení) s podrážděnou fantazií. Světlo mu připadalo nepříjemně jasné a při zavřených očích pozoroval fantastické, mimořádné plastické obrazy s kaleidoskopickou hrou barev.“ (Miovský, 1996, s. 42)

LSD vyvolává stavy velmi blízké psychózám. Proto se po jeho objevení intenzivně zkoumalo v psychiatrii. Velmi známé v souvislosti s touto látkou, je jméno Timothy Learyho. Byl to profesor na Harvardské univerzitě, který byl ale z univerzity po experimentální intoxikaci jeho studentů psylocybinem propuštěn. V padesátých letech významně zasáhl do vývoje moderní psychologie. Poté se ovšem zaměřil pouze otázce LSD. Byl označován za „proroka LSD“.

Mezi somatické příznaky intoxikace patří např. pocit závratě, vnitřní chvění, pocení. Někdy nutkavý smích. Tlakem na oční bulbus se objevují různé optické jevy. Mezi psychické projevy při požití nižších dávek patří euforie, myšlenkový trysk a nesouvislost myšlenek tzv. myšlenkový salát. „*Častá je tendence spojovat nesmyslné věci a dávat myšlenkám nový, konečně správný a jedinečný význam.*“ (Miovský, 1996, s. 47) Objevuje se snížená schopnost se soustředit a udržet pozornost. U intoxikací LSD můžeme pozorovat depersonalizace a smyslové syntézie (např. hudba vnímána barevně). Zvyšuje se ostrost zrakových i sluchových vjemů. Při nižších dávkách se objevují spíše pseudohalucinace. Způsob projevu intoxikace souvisí se strukturou osobnosti experimentátora. Při psychózách vyvolaných vlivem LSD se zjistilo, že do popředí vystupují jisté specifické stránky osobnosti. „*V pokusu se uplatňuje směs charakteristického vlivu drogy, specifické reaktibility osobnosti a působení celé situace a prostředí pokusu (místo, přítomnost určitých osob). To vše se účastní na konečném průběhu toxického stavu.*“ (Miovský, 1996, s. 53)

1.2.3.5 Stimulancia

Jak uvádí Minařík (2003) jsou to látky s nefyziologickým stimulačním efektem na CNS. Na synapsích způsobují vzestup koncentrace monoaminů (dopamin, noradrenalin, serotonin).

Zvyšují psychomotorické tempo a bdělost. Urychluje se myšlení, nastává mnohomluvnost. Často bývá zvýšena kvantita na úkor kvality. Zahání únavu a hlad. Vzbuzují pocit euforie a příjemné síly (jak psychické, tak duševní). Aktivují sympatikus – zvyšují krevní tlak, tepovou frekvenci, způsobují mydriázu zorniček, které často nereagují na světlo.

Po odeznění účinku přichází únava, po které může nastat několika denní spánek, který je přerušovaný krátkými pauzami, ve kterých je uživatel schopen zkonzumovat velké množství jídla. Přichází depresivní ladění, svět je „šedivý“, úzkosti a můžou se objevovat i sebevražedné tendence.

Mezi komplikace patří vznik psychické závislosti, ke které se uživatel dopracovává po několika měsících pravidelného užívání. Mezi její hlavní rysy patří dychtění po látce neboli craving. Užívání stimulancií zatěžuje především kardiovaskulární systém. Dlouhodobé užívání může vést k toxické psychóze (tzv. stíha). Tu může vyvolat i jednorázová vysoká dávka. Toxická psychóza je svými projevy velmi podobná schizofrenii a bývá indikací k hospitalizaci.

Zástupci:

- Kokain
- Pervitin – u nás nejvíce zneužívané stimulantium
- Amfetamin
- MDMA – mimo účinku stimulačního má i účinek psychedelický

1.2.4 Škodlivé užívání

Dle Nešpora (2002) škodlivým užíváním nazýváme takový vzorec užívání návykové látky, který vede buď k poškození somatickému (př. hepatitida), psychickému (př. deprese) nebo sociálnímu (př. právní problémy). Tento způsob užívání již vzbuzuje nesouhlas okolí. Pro diagnostiku je nutno vyloučit jiné psychické poruchy, nebo specifické poruchy vyplývající z užívání návykových látek.

Přesná definice dle MKN 10 (WHO, 2008) zní: „*Příklad užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví. Poškození může být somatické (hepatitida při injekčním podání), nebo psychické (epizody sekundární deprese až těžký alkoholismus).*“

DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) přidává navíc i důsledky sociální: „*Užívání NL vede k neschopnosti plnit hlavní povinnosti v práci, škole či domácnosti nebo užívání látky v nebezpečných situacích nebo právní, sociální či vztahové problémy způsobené užíváním látky.*“

1.2.5 Závislost

Syndrom závislosti

MKN 10 (WHO, 2008) popisuje syndrom závislosti jako: „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritou v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.*“

Nyní uvedu diagnostická kritéria závislosti:

- „1) silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving),
- 2) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
- 3) somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro danou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
- 4) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků, původně vyvolaných nižšími dávkami (jasné příznaky lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, který by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),
- 5) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívání psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo k zotavení z jejího účinku,
- 6) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depressivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození.

Pro diagnózu závislosti je zapotřebí přítomnosti minimálně tří z uvedených kritérií během posledního roku. Syndrom závislosti může být: pro specifickou látku, pro třídu látek nebo pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí.

Podle DSM-IV se závislost na návykových látkách popisuje jako maladaptivní model užívání návykové látky, prokázaný výskytem minimálně tří z následujících příznaků během jednoho dvanáctiměsíčního období.

1) Tolerance, projevující se jedním z následujících úkazů:

- *potřeba nápadně zvýšených dávek dosažení intoxikace nebo žádaného účinku,*
- *nápadně snížený účinek při užívání stejného množství návykové látky.*

2) Příznaky z vysazení drogy, projevující se jedním z následujících úkazů:

- *abstinenční příznaky typické pro danou návykovou látku,*
- *užití stejné nebo velmi podobné látky pro potlačení nebo prevenci abstinenčních příznaků.*

3) Návyková látka je často užitá ve větším množství, než bylo zamýšleno.

4) Je přítomna trvalá touha nebo neúspěšná snaha o snížení nebo kontrolu užívání.

5) Mnoho času je stráveno při aktivitách nutných k získání nebo užívání návykové látky nebo ke vzpamatování se z jejích účinků.

6) Důležité společenské, profesní nebo rekreační aktivity nejsou vůbec provozovány nebo jsou omezeny kvůli užívání návykové látky.

7) Užívání návykové látky nepřestává, přestože je známa existence trvalých nebo vracejících se fyzických či psychologických problémů, pravděpodobně působených nebo eskalovaných užitou návykovou látkou. “ (http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/diagnosticka_kriteria_zavislosti , 27.6. 17:34)

V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (WHO, 2008) je syndrom závislosti řazen k diagnózám F10 – F19, což jsou poruchy duševní a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek. Syndrom závislosti je značen F1x.2, před desetinou tečku se doplňuje látka.

F10.2 Závislost na alkoholu

F11.2 Závislost na opioidech (např. heroin)

F12.2 Závislost na kanabinoidech

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnoticích

F14.2 Závislost na kokainu

F15.2 Závislost na jiných stimulanciích včetně kofeinu a pervitinu

F16.2 Závislost na halucinogenech

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Ted' bych ráda popsala některé z důvodů, které podle Kudrleho (2008) stojí za vznikem závislosti. Na vzniku závislosti se podílí několik faktorů. Můžou to být vrozené vlastnosti, jako např. temperament, kdy vysoká míra vyhledávání nového a nízké vyhýbání ohrožení vede častěji k užívání látek. Nízká míra odolnosti proti stresu také zvyšuje riziko abúzu. Velký vliv mají vrstevníci a sociální okolí. Patologické vztahy v rodině mají na vývoj závislosti také nemalý vliv. Jedna z hypotéz je, že je užívání látek naučené jednání.

Závislý jedinec si není jistý sám sebou, svým zakotvením v životě a mezilidských vztazích. Odehrávají se v něm hluboké intrapsychické konflikty.

Ted' bych ráda uvedla 13 faktorů efektivní léčby:

1. *„Ne každá léčba se hodí pro každého. Pro pacienta je třeba zvolit právě takovou léčbu, která je pro něj nejvhodnější.*
2. *Léčba by měla být rychle dostupná.*
3. *Léčba by měla reagovat na různé potřeby pacienta včetně zdravotních, psychologických, sociálních a právních.*
4. *Léčba by měla být dostatečně pružná a reagovat na měnící se potřeby pacienta.*

5. *Pro efektivitu léčby je kriticky důležité její trvání (delší léčba přináší obvykle lepší výsledky).*
6. *Léčba by měla zahrnovat individuální nebo skupinové poradenství a kognitivně-behaviorální postupy.*
7. *U mnoha pacientů je důležitou součástí léčby podávání vhodných léků.*
8. *Pacienti, kteří trpí kromě závislosti i jinou duševní chorobou, by měli být integrovaně léčeni pro obojí.*
9. *Detoxifikace, která pomáhá překonat odvykací stav, je pouze prvním stadiem léčby, ale sama o sobě má malý efekt.*
10. *Efektivní léčba nemusí být dobrovolná. Přijetí léčby, setrvání v ní a její výsledek může často příznivě ovlivnit tlak ze strany rodiny, zaměstnavatele nebo úřadů.*
11. *Během léčby je třeba zjišťovat, zda nedochází k porušování abstinence.*
12. *Léčba by měla zahrnovat i vyšetření na HIV/AIDS, žloutenky, tuberkulózu a další infekční nemoci, které jsou v populaci závislých častější.*
13. *Překonávání závislosti může být dlouhodobý proces a může vyžadovat opakované léčby. Účast ve svépomocných skupinách po léčbě zlepšuje výsledky léčby.* “ (Nešpor, 2011, s. 101-102)

1.2.6 Sebededikace

„Jde o podávání látky, kterou si jedinec ordinuje sám, za účelem léčit nemoc, ulevit si od bolesti nebo překonat nepříjemný psychický stav. V okruhu návykových látek je zřejmě nejrozšířenější sebededikace alkoholem, ale známý příklad je i užití ilegálně opatřených trankvilizérů k navození spánku nebo rozpuštění úzkosti, stimulancií před zkouškou, při značném pracovním vypětí, dálkové jízdě atd. Řada osob trpících psychickými obtížemi vyhledává alkohol nebo drogu primárně jako sebededikaci pro zmírnění svých obtíží (deprese, rozlady, úzkost, tenze, nutkavé myšlení a jednání atd.), později se může rozvinout závislost. V komunitě uživatelů drog je značně rozšířena sebededikace heroinem při paranoidním syndromu („stíha“) z užívání pervitinu; nepříjemné obtíže opravdu poleví nebo ustoupí, ale zanedlouho je vystřídají obtíže plynoucí ze závislosti na heroinu. Obdobně a s obdobnými riziky se k sebededikaci používá alkohol a benzodiazepiny.“

(http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/sebededikace) Přístup dne 26.3. 2013,

1.2.7 Denní stacionář

Denní stacionář je zařízení poskytující ambulantní péči – nelůžková, přes den. Uplatňuje se například u zdravotně postižených, seniorů, drogově závislých či duševně nemocných osob. Podle cílové skupiny může stacionář nabízet služby léčebné, rehabilitační a ošetrovatelské, výchovné a další.

(http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/denni_stacionar_day_centre_day_clinic) 26.3. 2013, 16:50

Dle Kaliny (2008) Je to zařízení, které stojí na pomezí léčby ambulantní a rezidenční. Je vhodné zejména pro ty klienty, kteří na své obtíže nestačí sami, ale není nezbytně nutné, aby byli hospitalizováni v pobytovém zařízení. Objevuje se zde intenzivní každodenní strukturovaný program, který má jasně daná pravidla. Program by měl být vyvážený a komplexní a měl by pružně reagovat na potřeby klientů. Obsahuje např. tyto aktivity – skupinová psychoterapie, pracovní terapie, sportovní a kulturní aktivity. Cílem programu je změna dosavadního životního stylu uživatele, změna jeho sebepojetí a schopnost fungovat v běžném životě.

1.2.8 Výzkumy

V této části práce uvádím některé z výzkumů, které byly provedeny k této problematice.

Schizofrenie a závislost a její léčba antipsychotiky

„Podle výsledků epidemiologických studií je pravděpodobnost zneužívání drog u pacientů se schizofrenií třikrát vyšší než u osob bez psychického onemocnění.“

(<http://www.solen.cz/pdfs/psy/2008/06/05.pdf>) Přístup dne 14.6. 2012, 10:20

V léčbě schizofrenie znamená závislost závažnou komplikaci. Ta totiž zhoršuje nástup a průběh samotného onemocnění, podněcuje v pacientech agresivitu, vede k vyššímu počtu hospitalizací a relapsů a zhoršuje spolupráci pacienta v léčbě. Pacienti se schizofrenií, kteří zároveň užívají nějaké drogy, téměř nedodržují farmakoterapii. Antipsychotika ve spojení s návykovými látkami mohou mít nepříznivé interakce. Přitom se při komplexní léčbě schizofrenie na riziko zneužívání návykových látek zapomíná.

Látky jako stimulancia a kokain průběh onemocnění zhoršují. Užívání kokainu a kanabisu může přechodně vést k výskytu pozitivních příznaků i u osob bez akutní psychózy. Schizofrenní pacienti v největší míře užívají kanabis – až 88%.

„Na vysoké komorbiditě závislosti na návykových látkách se podílí genetická vulnerabilita, nežádoucí účinky antipsychotické léčby, negativní schizofrenní příznaky a psychosociální faktory. Zvažují se tři možná vysvětlení vztahu abúzu nebo závislosti na návykových látkách a rozvoje schizofrenie.

- 1) Nemocný si sám „léčí“ pomocí drogy buď potíže způsobené schizofrenií (např. negativní příznaky), nebo nežádoucí účinky farmakoterapie (např. útlum, neuroleptiky indukovanou dysforii nebo akutní extrapyramidové příznaky).*
- 2) Zneužívání drog je primární a prostřednictvím chronické aktivace mezolimbických dopaminergních drah u citlivých jedinců vyvolá schizofrenii. Tento názor podporují dlouhodobé epidemiologické studie z Holandska, Švédska, Izraele a Nového Zélandu, které prokázaly významnou vazbu mezi zneužíváním kanabisu v dětství a pozdějším výskytem schizofrenie nebo jiné psychózy, který byl proti kontrolám dvakrát vyšší.*
- 3) Narušení okruhu odměny vede k vyššímu riziku potřeby drogy. “*

(<http://www.solen.cz/pdfs/psy/2008/06/05.pdf>) Přístup dne 14.6. 2012,12:10

„Mezi drogy s nejvyšším rizikem indukce psychózy patří kokain, amfetaminy, kanabis a alkohol, vliv má intenzita a trvání abúzu, věk začátku abúzu a genetické vlivy. “

Při komorbiditě schizofrenie a závislosti se zkoumal vliv antipsychotik na léčbu závislosti. Antipsychotika 1. řady mohou tento problém zhoršovat, kdežto antipsychotika 2. řady se jeví jako slibná – zvláště co se týká zmírnění bažení po kokainu. Tyto závěry ovšem ještě nejsou dostatečně podloženy studiemi.

Vliv užívání NL na agresi u schizofreniků

Pacienti s diagnózou schizofrenie většinou nebyvají agresivní. Je u nich však větší riziko násilného chování než u zdravé populace - pětkrát vyšší riziko násilného jednání.

Většina autorů potvrzuje, že téměř na všechna agresivní jednání u těchto pacientů má vliv komorbidní porucha zneužívání návykových látek.

Akutní intoxikace návykovými látkami může zhoršovat některé příznaky schizofrenie jako je hostilita a paranoidní bludy. Ve velkých epidemiologických studiích ze Švédska, Dánska, Austrálie a USA bylo podpořeno, že užívání návykových látek zvyšuje pravděpodobnost násilí u schizofrenie. Ale u mnohem menšího vzorku 404 českých pacientů nebyl nalezen žádný vztah mezi násilím a abúzem.

„Data z analýz NESARC ukazují na asociaci schizofrenie s násilím, ale neříkají nám, do jaké míry je tento vztah zprostředkován abúzem návykových látek.“

(<http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=758>, Přístup dne 26.6., 19:15)

U některých projevů agresivity musíme vyloučit vliv účinku návykových látek – třeba u hospitalizovaných pacientů, kteří si ji nemají jak obstarat. U těch mají vliv na násilné projevy pozitivní příznaky onemocnění a zmatenost, impulzivita a psychopatické chování.

Jako další důležitý faktor na vliv agresivity je komorbidita poruch osobnosti. (Volavka, Mohr, 2011)

2. VÝZKUMNÁ ČÁST

Použité metody

2.1 Výzkumné cíle a formulace otázek

Cíle výzkumu jsou:

- Popsat vzorce užívání návykových látek u pacientů s psychózami.
- Popsat změny v chování a vnímání, které nastanou po užití návykové látky.
- Zjistit, zda má užívání návykových látek funkci sebemedikace.

Výzkumné otázky:

- Jaké jsou vzorce užívání návykových látek u pacientů s psychózami?
- Jaký vliv má užívání návykové látky na chování pacientů a projevy nemoci?
- Berou lidé s psychózami návykové látky z důvodu sebemedikace?

Hypotézy:

- Respondenti s psychickým problémem psychózy budou užívat spíše ilegální návykové látky a rizikovým způsobem.
- Zneužívání NL bude mít negativní dopad na projevy nemoci a mezilidské vztahy.
- Respondenti s psychickým problémem užívají NL z důvodu sebemedikace.

2.2 Metody tvorby dat

Ve svém výzkumu využívám kvalitativního přístupu. K účelu výzkumu byly vytvořeny celkem dva druhy dotazníků. První zjišťuje závislost podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí a škodlivé užívání dle kritérií v učebnici Návykové chování a závislost (Nešpor, 2011). Ve druhém sbírám krátkou anamnézu, kterou následuje dotazník řídící se výzkumnými otázkami (viz výš).

Zjišťuji škodlivé užívání a závislost na návykových látkách, kterými jsou alkohol, opioidy a opiáty, konopné drogy, halucinogeny a stimulancia. V těchto dotaznících respondenti kroužkují odpovědi – ANO/NE, dle toho, zda splňují daná kritéria. Tři kladné odpovědi a víc v dotazníku dle MKN 10 znamenají závislost. Tři kladné odpovědi a víc

v dotazníku vytvořeném pro škodlivé užívání znamenají, že respondent trpí škodlivým užíváním.

V dalším oddílu otázek sbírám nejdříve krátkou anamnézu, která zjišťuje pohlaví a věk uživatelů. Dále rodinnou zátěž v závislostním či psychickém onemocnění, zda respondentka potkala v životě nějaká událost, se kterou se obtížně vyrovnával, jak hodnotí vztahy s rodinou, kdy u sebe zpozoroval nějaké psychické problémy, kde se léčil a v kolika letech začal experimentovat s návykovými látkami. Tato anamnéza nám pomůže určit, zda je psychóza spojená s užíváním návykových látek, nebo zda jsou přítomny i jiné faktory. V dotazníku vztaženém k výzkumným otázkám se ptám na to, jakým onemocněním pacient trpí a od kdy. Jaké jsou vzorce užívání návykové látky – jakou látku pacient užíval před nástupem do léčby (léčí-li se), jakým způsobem, jak často a v jakém množství. Jaký vliv mělo užívání návykové látky na projevy nemoci a mezilidské vztahy. Co danému pacientovi přináší užívání návykových látek, jak rozumí vztahu mezi užíváním návykové látky a onemocněním.

V tomto druhém oddílu, který je veden formou rozhovoru, využívám semistrukturovaného interview. Dle Miovského (2006) to znamená, že jsou dány okruhy otázek. Můžu však přehazovat jejich pořadí. Je možno klást doplňující otázky, můžu si nechat vysvětlit, jak respondent danou věc myslí a jít více do hloubky.

Plné znění dotazníků lze najít v příloze této práce.

Zjišťovaná data jsem fixovala na audiozáznam.

Analýzu jsem provedla pomocí zachycení vzorců (gestaltů).

2.3 Nominace výzkumného souboru

Respondenti byli vybráni metodou záměrného výběru. Což je postup, kdy vyhledáváme cíleně účastníky podle určitých vlastností. Podmínkou na účasti ve výzkumu bylo psychotické onemocnění a závislost nebo škodlivé užívání návykových látek. Dále ochota respondentů zúčastnit se výzkumu.

Respondenty jsem vybírala v denních stacionářích. A dále přes své známé, o nichž jsem věděla, že splňují kritéria daná pro můj výzkum. Použila jsem metodu snowball, abych se dostala k dalším respondentům. Podle Hartnolla (2003) je to metoda, kdy si najdeme respondenta, který splňuje naše kritéria a požádáme je, jestli by nominoval další respondenty,

kteří zná a kteří také splňují daná kritéria. S těmi provedeme interview a celý proces opakujeme.

Cílem výzkumu bylo najít co nejvíce respondentů, splňující má kritéria, kteří by byli ochotni a schopni se zúčastnit výzkumu. Výzkumný soubor nebyl věkově, genderově ani početně omezen.

2.4 Metody analýzy dat

Data jsem analyzovala pomocí metody zachycení vzorců („gestaltů“). Miovský (2006) metodu popisuje tak, že v sebraných datech hledáme opakující se vzorce, které následně zaznamenáváme. „*V podstatě jde o vyhledávání určitých obecnějších principů, vzorců či struktur, které odpovídají specifickým zaznamenaným jevům vázaným na určitý kontext, osobu atd. Dochází tak samozřejmě k určité redukci, neboť původní bohatost a jedinečnost pozorovaných (zaznamenaných) jevů je nahrazována určitou obecnější kategorií, vzorcem (tématem) atd., a to na základě vzájemných podobností či odlišností.*“ (Miovský, 2006, s. 222)

2.5 Výzkumný soubor

Mého výzkumu se účastnilo celkem pět respondentů – dva pacienti denního stacionáře a dále tři respondenti získaní metodou snowball. Čtyři muži a jedna žena. Pouze k tomuto malému vzorku pacientů jsem získala přístup, byli ochotni spolupracovat a byli na takové intelektuální a zdravotní úrovni, aby byli vůbec schopni se výzkumu zúčastnit. Tito pacienti mimo onemocnění psychózy také splňují kritérium škodlivého užívání či závislosti.

2.6 Etické aspekty

Účast ve výzkumu byla dobrovolná. Respondenti byli obeznámeni s tématem a účelem výzkumu a s tím, že nebudou zveřejněny žádné jejich osobní údaje. Věděli, že budou rozhovory nahrávány a že po ukončení mé práce budou nahrávky smazány. Dále jsem je srozuměla s tím, že výstupy výzkumu budou použity pouze pro účel mé bakalářské práce. Byl jimi podepsán informovaný souhlas. Mohli se na cokoli ohledně výzkumu doptat, pokud jim bylo něco nejasné. Popřípadě z výzkumu odstoupit. Dotazníky byly zcela anonymní

2.7 Průběh výzkumného šetření

V průběhu výzkumného šetření se vyskytlo několik komplikací. Nejdříve jsem chtěla realizovat svůj výzkum v PL Bohnice. Jako výhodu jsem brala to, že je zde velký objem pacientů a že jsou na stejném místě. Proto jsem předpokládala, že zde zachytím více respondentů a že nebudu muset domlouvat individuální schůzky. Vedení léčebny i

jednotlivých pavilonů bylo velice vstřícné. Bohužel při samotné realizaci rozhovorů jsem zjistila, že pacienti jsou dekompenzováni a jejich stav jim neumožňuje zodpovídat mé otázky. Jako příklad jsem dala do příloh jeden rozhovor z tohoto pokusu.

Řekla jsem si, že to zkusím jinak a pokusím se sehnat respondenty v denních stacionářích, kde jsem předpokládala lepší zdravotní stav pacientů a jejich lepší schopnost spolupracovat. Zde jsem ale narazila na problém s vedením. Jako studentku adiktologie mě odkazovali na to, ať jdu dělat výzkum do adiktologických zařízení. Několik doktorů mi přislíbilo pomoc, ale poté ji buď odřekli anebo na mé emaily přestali odpovídat úplně. Po několika měsících mé snahy se našla pouze jedna doktorka, která mi domluvila schůzku s jedním pacientem.

Nakonec jsem se tedy uchýlila k metodě, kdy jsem respondenty začala hledat mimo oficiální zařízení. Tímto způsobem jsem našla čtyři respondenty.

2.8 Výsledky výzkumného šetření

V této části popisuji výsledky mého výzkumného šetření. Pro lepší přehlednost jsem tuto část rozdělila do tří celků, v pořadí, v jakém jsem se dotazovala respondentů. Pro lepší ilustraci jsou do textu zařazeny výpovědi respondentů - v uvozovkách, kurzívou. Důležité části výpovědí jsou vyznačeny tučným písmem.

Škodlivé užívání a závislost

V prvním oddílu otázek jsem zjišťovala závislost, či škodlivé užívání. Zajímalo mě, jaká substance je u respondentů primární drogou. Téma škodlivého užívání a závislosti nemuselo být aktuální. Někteří z respondentů totiž navštěvují léčebná zařízení, nebo žijí v chráněném bydlení, kde je užívání návykových látek zapovězeno. Nebo absolvovali léčbu a nyní abstinují.

Závislost v minulosti vykazovali celkem tři respondenti – dva muži a jedna žena. Dva na alkoholu (n=2) a jeden na pervitinu (n=1). Dva respondenti splňují kritérium škodlivého užívání (n=2) a to konkrétně na marihuaně.

Anamnéza

Výzkumu se účastnili čtyři muži (n=4) a jedna žena (n=1).

Čtyři respondenti (n=4) uvedli, že byli hospitalizováni v psychiatrické léčebně kvůli svému psychotickému onemocnění. Tři respondenti (n=3) se léčili kvůli své závislosti. Z rozhovorů bylo patrné, že co se léčby týče, považovali klienti za palčivější problém se závislostí. Svůj psychický problém považují za svou součást a svou realitu.

Rodinnou zátěž popisují čtyři (n=4) respondenti. Dva (n=2) zmiňují ve své rodině existenci zneužívání alkoholu. Zde je výpověď jednoho z nich: „**Jeden člověk, můj strejda, tam měl vlastně psychický onemocnění. A do toho pil hodně, měl antidepressiva a vlastně zemřel na špatnou životosprávu. No...A babička nějak jednu dobu pila, mamka pije tak jako.. kontrolovaně docela. Nikdo nepije tolik, co jsem pil já, nebo nějak podobně. Ještě sestřenice, ale to není snad tak vážný. Ale tu moc neznám. Neorientuju se, já se na tyhle věci nikdy neptal těch lidí v rodině.**“

Tři respondenti (n=3) uvádí, že v jejich rodině se objevuje psychické onemocnění. Jeden odpověděl: „**Otec má to, co mám já. To je bipolární afektivní porucha.**“

Z toho, co jsem psala o duálních diagnózách v teoretické části této práce, vyplývá, že dotaz na závislost a psychické onemocnění v rodině nás může velmi dobře navést na to, zda u pacienta můžeme uvažovat o duální diagnóze. Tato onemocnění jsou velmi často dědičná.

Co se vztahů s rodinou týče, tak tři respondenti (n=3) odpověděli, že s rodinou vychází a udržují kontakty. Tito respondenti měli spory hlavně v období, kdy aktivně užívali návykovou látku : „**Jako dobrý, udržuju vztah. Táta ze mě má radost, mamka taky, teďka jak se to lepší. Jak jsem bez toho alkoholu už tři čtvrtě roku.**“

Dva respondenti (n=2), aktivní uživatelé marihuany sice zpočátku kvůli svému užívání měli spory s rodiči, ti tento problém začali časem tolerovat. Podle mého názoru to může být tím, že je česká společnost poměrně tolerantní k užívání této měkké drogy.

Dva respondenti (n=2) uvedli, že se občas baví se sourozenci, s rodiči se nestýkají:

„**Neshodli jsme se. Já jsem byl adoptovanej, takže ...**“

„**Se sourozencem je to jak kdy a s rodičema se vůbec nestýkám.**“

Celý výzkumný vzorek (n=5) uvedl, že je v životě potkali události, které jim neprospěly, či uškodily:

„No, to brání LSD asi hodně nastrovalo tu schízu dědičnou, kterou jsem měl jako dědičnou po..Tuším, že ta schíza prostě byla v tom rodě. Ale před tím, v minulosti, s tím moc nepracovali. Ted' je to lepší. A to LSD jsem bral nějak když mi bylo 18, 17 možná. A to je známý, že to vlastně startuje tyhle nemoci.“

„Od 13 jsem vždycky po dvou letech zažila úmrtí.“

„Jsem v 17 rozsekal fotrovi auto na dálnici. Jsme se nějak pohádali s fotrem, tak jsem se nasral, odešel jsem. Jel jsem se projet. Učil jsem se od profesionála od 16. Otec je taxikář. Jel jsem z Brna po dálnici a začal jsem usínat, hodil jsem tam hodiny. No, jsem rád, že jsem to nakonec nějak ukočiroval. Auto na sračky a mně nebylo vůbec nic.“

Tři z respondentů uvedli konkrétní negativní události, které se vztahovali k dané otázce. U dvou respondentů vyplynulo až v průběhu rozhovoru, že v jejich životě byly události, které měly nepříznivý dopad. U jednoho to bylo úmrtí matky, u dalšího to, že byl adoptovaný.

Toto koreluje s tím, jak psychózy vznikají. U citlivých jedinců propuká psychóza po delší dobu trvajících stresujících událostech. A respondenti uvádí, že byli hospitalizováni nedlouho poté, co je v životě potkalo něco nepříjemného.

Poslední dva dotazy v anamnéze se zabývaly tím, kdy u sebe klienti zpozorovali nějaké psychické obtíže a kdy začali experimentovat s návykovými látkami. Čtyři respondenti (n=4) uvedli, že psychické obtíže předcházely užívání návykových látek. Ale tyto obtíže byly v minulosti pro klienty něčím, co nedokázali dobře charakterizovat a netušili, že tyto pocity souvisí s nějakým onemocněním. Velmi hezky to dokazují tyto výpovědi jednoho z dotazovaných :

„Noo... Já si to až ted'ka uvědomuju, že je spousta věcí, který mohly být psychickýma problémama, ale dřív jsem to tak nevnímal. Že jsem byl v těch emocích...že jsem to hodně prožíval a nedokázal jsem si nad tím udržet nějakou nadhled jakoby. Určitě mě občas napadlo, že nejsem na tom dobře, nebo že mi něco chybí.“

„Teoreticky, když je to dědičný, tak si vzpomínám, že když jsem byl dítě, tak jsem měl zkřivený vnímání. Určitě jsem přiřazoval ten význam těm prožitkům, třeba když jsem viděl na zemi papírky poházený s nějakým textem a strašně jsem v tom viděl takový tajemno, prostě

jsem to hodně prožíval. Zjistil jsem, že tohle nemůžu nikomu předat, jako vysvětlit. Tak se to ve mně dusilo a tak to už jsem měl takovýhle jako i představy.. Já jsem měl halucinaci, když jsem spal doma, ale jako vzbudil jsem se a viděl jsem z postele nějakou postavu. Doma v bytě, ještě když jsem bydlel ve starém městě. A takový nereálný, jakože vítr foukal do dveří listí a takový barevný. Docela jsem se toho bál.“

Výzkumné otázky

Všichni respondenti (n=5) trpí onemocněním psychotického spektra. U všech (n=5) bylo diagnostikováno psychické onemocnění až poté, co začali experimentovat s návykovými látkami. To ovšem neznamená, že by užívání návykových látek bylo zodpovědné za vznik psychických obtíží. Jednak někteří z respondentů vnímali své obtíže již v dětství, jednak jsou zatíženi tím, že od nich někdo z rodiny trpí/trpěl stejným problémem. Jeden z respondentů ovšem dává své onemocnění do souvislosti s kouřením marihuany: *„Byl jsem asi třikrát na psychiatrii v Bohnicích kvůli schizofrenii, která se mi spustila díky tomu, že jsem prej moc hulil trávu.“*

Dva z respondentů (n=2) byli závislí na alkoholu. Jeden z respondentů uvádí, že v období své závislosti na alkoholu pil obden. V období léčby schizofrenie se frekvence užívání snížila a poté kolísala: *„S nástupem léčby se to taky snížilo. To pít. Protože oni mi výslovně řekli, že na ty léky to jako nepomáhá. Nebo že to škodí. Tak jsem s tím nějak počítal a chodil jsem občas, jednu dobu jenom, na nějaký to pití. Ale přehnal jsem to vždycky jako, no. Potom jsem se někde dozvěděl, že to tak jako nevádí. Ale to byla mylná informace. Tak jsem chodil pravidelně, ale říkal jsem si, že málo začnu pít, nebo míň, tak jsem chodil dvakrát do tejdne, ale míň jsem nepil. Střídal jsem takový období, že jsem vydržel míň pít a pak se to zase zhouplo k většímu pití.“* Průměrně vypil 8-13 piv. Respondentka v období svého abúzu pila denně. Uvádí, že vypila až dva litry vína za večer.

Jeden z respondentů (n=1) byl závislý na pervitinu. Uvádí intravenózní způsob aplikace. Užíval denně. Dělal si ale pauzy, kdy užíval dvakrát až třikrát do měsíce. Obvyklá dávka obsahovala 0,3-0,4 gramu drogy.

Dva z respondentů (n=2) užívají marihuanu. Oba uvádějí denní užití. Denní dávka marihuany se hýbe od 0,2 gramu do 1 gramu.

V anamnéze se u respondentů objevují různé kombinace primární drogy s jinými látkami. Celkem u čtyřech (n=4) se vyskytuje v anamnéze užívání marihuany, která je známá svou schopností indukovat psychózu. Myslím, že toto užívání může vést k recidivám onemocnění.

Všichni respondenti (n=5) uvádí, že jim užívání návykových látek přináší příjemné pocity:

„Člověk je takovej, že ztrácí zábrany, je takovej komunikativní, nic mu nedělá problémy. Stav, ve kterém člověk dokáže prakticky všechno.“

„Přátelská droga. Prostě pohoda, klídeček, smích, dobrá nálada“

Tyto příjemné pocity se dají spojit se sebemedikací. Všichni (n=5) odpověděli, že při akutní intoxikaci cítí úlevu od svých obtíží a vůbec na své onemocnění nemyslí. Zde je opět několik příkladů:

„Jo, měl jsem pocit, že se cejtím tak dobře, že určitě nejsem jako nemocnej. Že jsem si jako přemítal, nad čím přemýšlím střízlivej a říkal jsem si, ten alkohol mi to pomohl jakoby odhodit ty myšlenky. To mi hodně pomohlo, to jsem se cejtil jako fakt dobře. Že jsem nemusel přemýšlet nad věcmi, jako když jsem byl střízlivej a jako spojenejch s tou nemocí. Jako že jsem hodně uzavřenej a přemejšlim si o tom, jak mě všechno štve a zraňuje nějak úplně nesmyslně. A místo toho, abych to nějak řešil, jsem se nějak sebelitoval. A pak jsem si uvědomoval, že to k ničemu není a ten alkohol mi to pomoh jako vyřešit, no. Říkal jsem si, že na to mám právo. Že sem nemocnej a že si to tím vlastně léčím.“

Ale při střízlivění, nebo takzvaných „dojezdech“ a nadměrném užití látky se prohlubují pozitivní příznaky schizofrenie: „Čtrnáct dní opravdu na tom pervitinu. Jsem nespál. ***Takže ve finále jsem měl halucinace, viděl jsem věci, který tam nebyly. Díky tomu, že člověk byl úplně vyčerpanej. Viděl jsem šmoulíky, jak na mě mávají v lese – „pod’ za náma“, a takovýhle věci. Začal jsem po tom vidět i bílý myšky, tak jsem si říkal- „To už je moc, musím s tím seknout na nějakou dobu.“***

Zde se ovšem nabízí otázka, zda jde skutečně o prohloubení oněch pozitivních příznaků. Jelikož po dlouhém intenzivním užívání, nebo vysoké jednorázové dávce pervitinu se mohou tyto příznaky objevit i u osob, které za normálních okolností žádným onemocněním netrpí.

Se sebemedikací podle mě může nadále souviset situace, ve kterých měli uživatelé chuť si dát návykovou látku:

„Když jsem chtěl zabít tu nudu. Bylo to pro mě jednoduchá věc, co jsem mohl udělat, abych se cítil jako dobře. Sem byl líný třeba jít za sportem, nebo právě, jít něco vyřešit v tom životě. A teďka s tím alkoholem to bylo tak, že jsem měl tu iluzi, že jsem něco vyřešil. Nebo že to má nějakou budoucnost právě v tom seznamování. Což jsem tehdy chtěl jako hodně řešit, ty vztahy. A mít někoho při sobě. Tak jsem si říkal, že mi v tom ten alkohol nějak pomáhá ... Cítil jsem se spokojeně, že jsem nemusel řešit tu svojí životní situaci.“

„Když mě někdo naštv“

Respondenti mají většinou chuť užít v nějaké nepříjemné situaci a aplikací látky si vylepšit náladu.

Na chování má užívání návykových látek ambivalentní vliv. Respondenti vnímají, že jim intoxikace danou látkou usnadňuje komunikaci a seznamování. Ale na druhou stranu způsobuje rozkoly mezi jejich nejbližším okolím, hlavně jejich rodinami a partnery:

„Jo,no. Poznamenalo to trošku. Můj vztah s mou bývalou přítelkyní to poznamenalo.“

2.9 Shrnutí výsledků

V této části práce se pokusím odpovědět na výzkumné otázky.

- Jaké jsou vzorce užívání návykových látek u pacientů s psychózami?

Zde jsem svou hypotézu potvrdila pouze částečně. Většina klientů (n=3) vykazuje závislost či škodlivé užívání na ilegální návykové látce – marihuana, pervitin. U pervitinu pozorujeme rizikové užívání, tedy užívání intravenózní. U všech pozorujeme denní užívání, které má v průběhu závislosti různé výkyvy. Buď byli pacienti hospitalizováni a byl jim zamezen přísun návykové látky, nebo si chtěli dát sami pauzu.

- Jaký vliv má užívání návykové látky na chování pacientů?

Respondenti popisují, že je daná látka ovlivňuje pozitivně – cítí se být klidnější, mají lepší náladu. Usnadňuje též kontakt s druhými lidmi a seznamování. Někteří kvůli své nemoci cítí v této oblasti určité limity. Ale v rodině a v partnerských vztazích znamená návyková látka překážku. Výjimkou je marihuana, kde ji po nějakém čase začalo blízké okolí tolerovat. Tím se má hypotéza opět potvrdila jen částečně. Většina respondentů totiž nevnímá, že by zneužívání návykové látky nějak markantně ovlivňovalo projevy nemoci.

•

- Berou lidé s psychózami návykové látky z důvodu sebemedikace?

Zde se má hypotéza potvrdila. Všichni respondenti vnímají, že jim užívání návykové látky ulevuje od obtíží. Při akutní intoxikaci dokonce vůbec nepocítují symptomy onemocnění.

Jeden z respondentů má dokonce pocit, že mu marihuana léčí schizofrenii. Zde se může jednat o bludné ladění.

DISKUZE

Výsledky mého výzkumu bohužel nejsou relevantní. Výzkumný vzorek je velmi malý a nedá se pokládat za reprezentativní. Výsledky výzkumu proto nelze nijak zobecňovat.

Komunikace s těmito pacienty je náročná. Což jsem si potvrdila v psychiatrické léčebně Bohnice. Do hry zde vstupovalo několik faktorů – stav pacienta, paranoidní ladění a útlum způsobený medikamenty. Neochotu spolupracovat ze strany denních stacionářů si vykládám jako potvrzení teze, že odborníci z adiktologických služeb a odborníci z oblasti duševního zdraví mezi sebou nedostatečně komunikují. V poslední době je téma duálních diagnóz častěji probíráno, proto si myslím, že adiktologický výzkum do zařízení pro duševně nemocné pacienty patří.

Nevýhodou metody snowball, kterou jsem využila, je to, že jsem sehnala pouze omezený počet respondentů. Myslím, že v příštím výzkumu by bylo lepší dotazníky respondentům předem poslat, aby se na ně mohli připravit. Některými otázkami jsem je zaskočila, o některých věcech nikdy nepřemýšleli. Myslím, že na některé klienty také působilo paranoidní ladění a proto odpovídali velmi stroze.

Jako velmi zajímavá úvaha v teoretické části mé práce je to, že pokud by se eliminoval psychický problém v jeho počátku, mohlo by se zamezit pozdějšímu zneužívání návykových látek. Respondenti vnímali, že mají nějaký psychický problém už v dětství, ale nevěděli, jak s ním naložit, jak ho uchopit. Proto si myslím, že by na základních školách neměla být jen osvěta týkající se různého rizikového chování, ale i edukace o tom, že existují psychická onemocnění, jak se projevují a že to je nemoc jako každá jiná a není ostuda o ní mluvit.

Jenom z definice psychotických onemocnění a výpovědí pacientů si myslím, že je tato choroba velkým utrpením. Proto mě nepřekvapuje, že chtějí své utrpení zmírnit a sahají po něčem, co jim uleví – návykových látkách. Je to rychlé řešení problému. Ale z dlouhodobého hlediska neefektivní. Domnívám se, že by pacienti v psychiatrických léčebnách měli být o závislostech a jejich dopadech lépe informováni. Mimo rámec této práce jsem se s pacienty bavila o tom, jak na ně působí neuroleptika, která užívají. Tyto léky mají mnoho vedlejších účinků, které jsou pacientům nepříjemné. Návykové látky jim kolikrát působí méně komplikací. V tom vidím velký problém, jak užívání návykových látek u této populace eliminovat. Riziko vidím v toleranci marihuany společností. Ze svého pozorování vím, že její užívání přijde mladší generaci téměř jako norma. V některých podnicích je dokonce povoleno

její kouření. Proto si můžou lidé s psychotickým onemocněním její užívání ospravedlňovat. Marihuana je sice látkou ilegální, ale řadí se mezi takzvané „měkké“ drogy. Její užívání nemá destruktivní vliv, jak to můžeme vidět u jiných „tvrdých“ drog. Nebezpečná je zejména pro tuto populaci pacientů.

Dle mého názoru by se mělo v celé společnosti více mluvit jak o závislostech, tak o duševních onemocněních jako o něčem, co může potkat mnohé z nás. Třeba by pak osoby postižené těmito problémy měli větší snahu řešit tato onemocnění s odborníkem a ne se sami medikovat nějakou z návykových látek.

ZÁVĚR

Tato práce má dva tematické celky. Jeden je věnován vymezení pojmů, které s tématem souvisí. Jde hlavně o popis závislosti a škodlivého užívání, onemocnění psychózy a duálních diagnóz. Dále vybrané výzkumy, které s tématem práce souvisí. Díky této práci lze odvodit, z jakých důvodů jsem se přikláněla k mým hypotézám a proč pro mne byly některé výstupy práce tak překvapující.

V praktické části jsem zpracovala data, která jsem získala vedením rozhovorů s respondenty. Snažila jsem se zodpovědět výzkumné otázky týkající se vzorců užívání návykových látek, vlivu látek na chování a projevy nemoci, zda slouží tyto látky jako sebemedikace.

Za cíl jsem si kladla jednak popis vzorců užívání návykových látek. Tato část je diskutabilní, jelikož respondenti jsou / byli uživateli rozdílných látek, kde se jednotlivé vzorce mění. U všech můžeme pozorovat, že v období škodlivého užívání či závislosti užívali návykovou látku s denní frekvencí. Průměrné užití množství návykové látky je u každého respondenta jiné. Dále jsem chtěla najít odpověď na to, jak se mění chování a prožívání po požití návykových látek. Respondenti se po užití návykové látky cítili lépe, neprožívali, že by se měnil obraz onemocnění k horšímu. Chování, které směřovalo k rodině a partnerům tyto vztahy poškodilo. To, zda slouží návykové látky jako sebemedikace jsem potvrdila. Někteří z respondentů měli pocit, že si návykovou látkou nemoc přímo léčili. V anamnéze vyšlo najevo, že psychické potíže předcházejí zneužívání návykových látek.

Myslím, že by bylo zajímavé do budoucna popřemýšlet o tom, jaký přínos by mohla mít osvěta o psychických onemocněních u dětí, ale i celkově v populaci.

Touto prací jsem se velmi poučila a vím, na co si dát např. v diplomové práci pozor. Bude lepší výzkum provádět v jiném zařízení, než-li je psychiatrická léčebna, vymezit si na něj více času a detailněji rozpracovat otázky rozhovoru.

Seznam literatury

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Evans, K., Sullivan, M. (1990). *Dual diagnosis. Counseling the mentally ill substance abuser*. New York: The Guilford Press.
- Hartnoll, R., Griffith, P., Taylor, C., Hendricks, V., Blanken, P., Nolimal, D., Weber, I., Toussirt, M., Ingold, R. (2003). *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule (Snowball Sampling)*. Praha: Úřad vlády ČR
- Horáček, J. (Eds.) (2003). *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Academia Medica Pragensia.
- Kalina, K. (2001). *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál.
- Kalina, K. (2003). Denní stacionáře. In Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2* (s. 179-186). Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR
- Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1*. Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K., Miovska, L., & Miovský, M. (2008). Psychiatrická komorbidita. In Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie* (Vyd. 1. Ed.) (75-87). Praha: Grada.
- Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie* (Vyd. 1. Ed.) (17-24). Praha: Grada.
- Libiger, J. (2002). Schizofrenní poruchy. In Höschl C., Libiger J., Švestka J. (eds.) (2002). *Psychiatrie* (1. vyd. ed.) (341-400). Praha: Tigris.
- Maršálek, M. (2008). *Schizofrenie a drogové závislosti* [elektronická verze]. *Psychiatrie pro Praxi*; 9(6): 269–272
- *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize aktualizované verze k 1.1. 2009.* (2., aktualizované vy. Ed.) (2008). Praha: Bomtom Agency
- Minařík, J. (2003). Opioidy a opiáty. In Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1* (s. 159-163). Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR.

- Minařík, J. (2003). Stimulancia. In Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup* (164-168). Praha: Úřad vlády ČR.
- Minařík, J. (2008). Konopné drogy. In Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie* (Vyd. 1. Ed.) (s. 137). Praha: Grada.
- Miovský, M. (1996). *LSD a jiné halucinogeny*. Nakladatelství Albert sdružení Podané ruce. Brno
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M. (Eds) (2008). *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing.
- Nešpor, K. (2002). Návykové nemoci. In Höschl C., Libiger J., Švestka J. (eds.) (2002). *Psychiatrie* (1. vyd. ed.) (556-557). Praha: Tigis.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Vydání 4. Praha: Portál
- Popov, P. (2003). Alkohol. In Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1* (s. 151-158). Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR.
- Volavka, J., Mohr, P. (2011). *Vliv komorbidního užívání návykových látek a poruch osobnosti na riziko agresivního chování u schizofrenie*. [elektronická verze]. Česká a slovenská psychiatrie; 107(6): 335 -342
- Zvolský, P. (1996). *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum.

Internetové zdroje

- <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=758>, Přístup dne 26.6 2012, 19:15
- http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/denni_stacionar_day_centre_day_clinic Přístup dne 26.3. 2013, 16:50
- http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/sebemedikace Přístup dne 26.3. 2013, 17:15
- <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S0006322304007395>, Přístup dne 1.4. 2013, 15:40

- <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2008/06/05.pdf> Přístup dne 14.6. 2012, 17:15
- http://www.uzis.cz/cz/mkn/MKN-10_aktualizace.pdf, Přístup dne 10.6. 2012, 13:00

PŘÍLOHY

Dotazníky

Dotazník č.1 – závislost

Návykové látky:

(zakroužkujte, jakou látku užíváte – se kterou máte problém)

Alkohol

Opioidy a opiáty (např. morfin, heroin, megafon, subutex)

Konopné drogy (např. marihuana, hašiš)

Halucinogeny (např. LSD, houbičky)

Stimulancia (např. pervitin, kokain)

Cítil jste v posledních 3 měsících, nebo opakovaně v posledních 12 měsících svého užívání návykové látky:

- Silnou, nepřekonatelnou touhu užívat danou návykovou látku?
ANO/NE
- Cítil jste potřebu zvyšovat množství dané dávky návykové látky, aby jste dosáhl stejného účinku, jako na počátku užívání?
ANO/NE
- Cítil jste po vysazení dané návykové látky odvykací stav? (nepříjemný fyzický, nebo psychický stav když jste přestal brát návykovou látku)
ANO/NE
- Užíval jste dané návykové látky větší množství, nebo delší dobu než jste původně zamýšlel?

ANO/NE

- Dával jste návykové látce větší přednost než jiným činnostem, kterých jste si kdysi cenil více než návykové látky? Věnoval jste většinu času užívání návykové látky?

ANO/NE

- Užíval jste návykovou látku i přes to, že Vám psychicky či fyzicky škodila?

ANO/NE

Dotazník č. 2 – škodlivé užívání

Měl/a jste v posledním roce nějaké tělesné zdravotní potíže, které by mohly souviset s tím, že užíváte návykovou látku?

ANO/NE

Měl/a jste v posledním roce nějaké psychické potíže, které by mohly souviset s tím, že užíváte návykovou látku?

ANO/NE

Došlo v posledním roce k tomu, že jste kvůli užívání nezvládl/a udělat něco, co se od vás očekávalo?

ANO/NE

Užíval jste v posledním roce návykovou látku v situacích, kdy to není dovolené (např. při řízení)?

ANO/NE

Měl/a jste v posledním roce nějaké problémy v mezilidských vztazích, které by mohly souviset s tím, že užíváte návykovou látku?

ANO/NE

Měl/a jste v posledním roce nějaké společenské nebo kriminální komplikace, které by mohly souviset s tím, že užíváte návykovou látku?

ANO/NE

Došlo v souvislosti s vaším užíváním k nějakému zranění (vašeho nebo jiného člověka)?

ANO/NE

Byl člen vaší rodiny, partner, kamarád, lékař apod. znepokojený vaším užíváním nebo vám doporučil, abyste přestal?

ANO/NE

Užíval jste návykovou látku i přes to, že Vám v něčem škodila?

ANO/NE

Dotazník č. 3 – anamnéza

- Pohlaví
- Kolik vám je let?
- Byl jste někdy v léčebném zařízení? Jakém?
- Objevuje se u Vás v rodině nějaké závislostní, nebo psychické onemocnění?
- Jak hodnotíte Váš vztah s rodiči, sourozenci, partnery?
- Vyskytly se ve Vašem životě nějaké události nebo zkušenosti, které Vám uškodily nebo výrazně neprospěly, se kterými jste se obtížně vyrovnával...např. ztráta nějakého blízkého člověka, vážný nezdar nebo neúspěch apod.?
- Kdy jste u sebe zpozoroval nějaké psychické problémy?
- V kolika letech jste začal experimentovat s návykovými látkami? Jakými?

Dotazník č.4 – výzkumné otázky

- Jakým trpíte onemocněním?
 - Od kdy jím trpíte?
- Jaké jsou vzorce užívání NL?
 - V kolika letech jste začal užívat návykové látky?
 - Jakou návykovou látku jste užíval bezprostředně než jste nastoupil do léčby?
 - Jakým způsobem jste ji užíval?
 - Jak často jste látku v posledních 2 měsících před léčbou užíval?
 - Jaké množství návykové látky jste 2 měsíce před nástupem do léčby obvykle užíval?
- Jaký vliv má užívání návykové látky na chování?
 - Jaký vliv má užívání návykové látky na projevy nemoci?
 - Jaký vliv mělo užívání návykové látky na mezilidské vztahy?
- Berou lidé s psychózami návykové látky z důvodu sebemedikace?
 - Co Vám přináší užívání návykových látek?
 - Myslíte, že je mezi užíváním návykové látky a vaší nemocí nějaký vztah?
 - Cítil jste úlevu od nějakých potíží?

Přepis rozhovorů

T = tazatel

R = respondent

Úryvky rozhovoru náležející k anamnéze jsou vyznačeny červeně.

1 -muž

T: Kolik Ti je let?

R: 29, bude mi 30 teďka v srpnu.

T: Byl jsi před tím v nějakém léčebném zařízení?

R: Hospitalizovanej v roce 2000 v Kosmonosích v Mladý Boleslavi. Na měsíc a týden. Na nějakých 40 dní. A teďka jsem měl problém s alkoholem, takže jsem docházel do denního stacionáře v Denním psychoterapeutickym sanatoriu Ondřejov do oddělení závislostí.

T: U Tebe v rodině se objevuje nějaké závislostní nebo psychické onemocnění?

R: Tak určitě. Oni nějak jako pijou. Jeden člověk, můj strejda, tam měl vlastně psychický onemocnění. A do toho pil hodně, měl antidepresiva a vlastně zemřel na špatnou životosprávu. No...A babička nějak jednu dobu pila, mamka pije tak jako.. kontrolovaně docela. Nikdo nepije tolik, co jsem pil já, nebo nějak podobně. Ještě sestřenice, ale to není snad tak vážný. Ale tu moc neznám. Neorientuju se, já se na tyhle věci nikdy neptal těch lidí v rodině.

T: A jak hodnotíš tvůj vztah s rodičema, sourozencema?

R: Jako dobrý, udržuju vztah. Táta ze mě má radost, mamka taky, teďka jak se to lepší. Jak jsem bez toho alkoholu už tři čtvrtě roku. No a se sestrou se vidáme málo, ale jako když se vidíme, tak si to vynahradíme.

T: A vyskytly se u Tebe v životě nějaký události, nebo zkušenosti, který Ti uškodily, nebo výrazně neprospěly?

R: No, to braní LSD asi hodně nastartovalo tu schízu dědičnou, kterou sem měl jako dědičnou po..Tuším, že ta schíza prostě byla v tom rodě. Ale před tím, v minulosti, s tím moc nepracovali. Teď je to lepší. A to LSD jsem bral nějak když mi bylo 18, 17 možná. A to je známý, že to vlastně startuje tyhle nemoci.

T: Kdy si u sebe zpozoroval nějaký psychický problémy?

R: Noo... Já si to až teďka uvědomuju, že je spousta věcí, který mohly být psychickýma problémama, ale dřív jsem to tak nevnímal. Že jsem byl v těch emocích..že jsem to hodně prožíval a nedokázal jsem si nad tím udržet nějaký nadhled jakoby. Určitě mě občas napadlo, že nejsem na tom dobře, nebo že mi něco chybí, nebo že by šlo...Teď poslední dobou mě napadá, že s tím právě jde něco dělat a mám radost z toho, jak to jde nějak dopředu a prostě sem rád, že jsem přestal s tím alkoholem.

T: V kolika letech jsi začal experimentovat s návykovými látkami?

R: S nikotinem ve 14, pak s alkoholem v 15, s LSD v těch 17, v 17 a půl s extází a pak..Ale to LSD netrvalo dlouho. To jsem bral za rok tak 3 normální dávky, pak jsem už přestal úplně. Extázi jsem bral pak jenom výjimečně na nějakých párty a co mi zůstalo, byl ten alkohol až donedávný doby a nikotin pořád vlastně.

T: Jakým trpíš onemocněním, znáš svou diagnózu?

R: Nevím ten kód, ale je to schizofrenie paranoidní.

T: Od kolika let?

R: Teoreticky, když je to dědičný, tak si vzpomínám, že když jsem byl dítě, tak jsem měl zkřivený vnímání. Určitě jsem přiřazoval ten význam těm prožitkům, třeba když jsem viděl na zemi papírky poházený s nějakým textem a strašně jsem v tom viděl takový tajemno, prostě jsem to hodně prožíval. Zjistil jsem, že tohle nemůžu nikomu předat, jako vysvětlit. Tak se to ve mně dusilo a tak to už jsem měl takovýhle jako i představy.. Já jsem měl halucinaci, když jsem spal doma, ale jako vzbudil jsem se a viděl jsem z postele nějakou postavu. Doma v bytě, ještě když jsem bydlel ve starém městě. A takový nereálný, jakože vítr foukal do dveří listí a takový barevný. Docela jsem se toho bál.

T: A to bylo tedy v dětství?

R: To mi bylo tak 8, 10.

T: A nějaká ta první velká ataka přišla kdy?

R: Já jsem si uvědomoval, že to je nemoc až v těch 19, kdy jsem se začal už nějak léčit, no..Ve 20 jsem byl hospitalizovanej.

T: Takže k těm návykovým látkám. Nejdýl a nejčastěji jsi užíval alkohol. O těch ostatních NL se dá říct, že to byl jen experiment?

R: Jo a ještě jsem úplně zapoměl na marihuanu, se kterou jsem experimentoval vlastně ještě před tím LSD. V těch 16, 17..To mi vydrželo dost dlouho, asi 5 let.

T: A jak intenzivně jsi kouřil tu travu?

R: Nejdřív ne, pak jo. Nejdřív rok to bylo tak občas. Od těch 17 do 18 to bylo často, třeba čtyřikrát krát do tejdne. A byly i dny, kdy tam padlo i víc těch jointů. Klidně dva za sebou. A potom se to s nástupem té léčby snižovalo zase to užívání té marihuany až vlastně na to občasné. Takže pak jen jednou za rok. Si pamatuju, jak sem ochutnával, ještě si připomínal, ale už to nebylo ono...

T: Takže to tak nějak kolísalo..

R: A to mi po tom bylo jediné špatně třeba. Že už jsem bral ty léky. To bylo těžký na tu psychiku.

T: Bylo Ti špatně kvůli té kombinaci s léky?

R: Já nevím, jestli se dá říct, že mi bylo špatně kvůli tomu, že jsem bral ty léky. Spíš jakože už jsem věděl, že to je něco špatného pro to, abych se udržel zdravěj a s tím vědomím, že si kazím tu léčbu, to pro mě bylo ještě horší ten prožitek. Takže jsem se jakoby nesmál.

T: Jak ses cítil při tom pití toho alkoholu? Jaký pocity Ti to vyvolávalo?

R: Jako poprvé?

T: Můžeš to reflektovat, jak to bylo ze začátku a jak se to měnilo.

R: Mně to přišlo takový fakt dobrý, jako že jsem toho vypil někdy jako dost a měl jsem takový stavy, že jsem byl takovej plnej takovýho pochopení, lásky a prostě takový jsem měl představy o tom..o těch lidech okolo, že je to..byl jsem jako hodně spokojenej při tom pití. Ale to je právě to, co jako alkohol umí. Že právě navozuje obě ty...Nějak dobře jsem se cejtil a postupně jsem do toho začal nějak upadat, jakože jsem začal pít víc a víc sám. Nejdřív jsme chodili do hospody společně.

T: S kamarády?

R: No. A já jsem tam pak chodil spíš, že tam někoho potkám, nehledě na to, že prostě tam s nikým nemám schůzku. A chodil jsem tam pak dvakrát do tejdne třeba. Ale hodně jsem se opíjel jako už v těch 17,18. Byla taková hospoda, kde zároveň nalili, když ten člověk nebyl zletilej. A tak se to nějak prohlubovalo a potom jsem to bral jako součást. Jakože prostě piju občas..Vlastně docela často. A chodil jsem..Nakonec jsme se nastěhovali na začátku tý léčby v 19 do Prahy a tady jsem začal objevovat ty nový hospody a jako byl sem dost takovej společenskéj nebo tak. Sem rád poznával nový lidi.

T: A nebylo pro Tebe to stěhování nějak stresující?

R: Určitě, to bylo tak narychlo. Mě v tom starym městě tak jako otravovali tlupy nějakých cikánů a feťáků. Prostě jednou mě okradli, že jsem jim musel dát něco cennýho z domácnosti. Jinak že na mě zavolají Ukrajince. Pod pohrůzkou nebo co. Takže jsme se musely přestěhovat hned a nic jsme neměli nalezenýho k bydlení, takže jsme vzali něco prvního, co jako bylo na Praze 2. Ale nakonec to bylo jako dobrý bydlení.

T: Ted' zpět k tomu pití. Ta frekvence se postupem času nějak zvyšovala?

R: Jo,jo.

T: A kolik jsi toho obvykle vypil?

R: Tak nejvíc to bylo asi tak, že jsem chodil obden a dával jsem si tak těch 8 piv. A nebo i občas do tejdne jsem to přehnal na nějakých 13 piv. Já jsem totiž tvrdej nepil. A víno jsem pil akorát. Tak jsem kombinoval akorát pivo s vínem. Ale tak těch 13 dávek. Nebo 15..nejvíc.

To si pamatuju, že mě kolikrát okradli a v tramvaji jsem zaspal. Nebo jsem ztrácel věci a takhle. A chodil jsem sám jako, no..Sem chodil, že si udělám hezkej večer. Tak jsem chodil a hrál jsem lidem na nástroj - takovej hudební malej do kapsy, co mám oblíbenej do ted'ka. Tak jsem bavil lidi. A vlastně jsem chodil z hospody do hospody. Třeba jsem i žebral, nebo jsem jim hrál a oni mi pak dávali peníze.

T: A než ses začal léčit, pil jsi alkohol víc, nebo míň. Dá se to nějak srovnat?

R: Jo. S nástupem léčby se to taky snížilo. To pití. Protože oni mi výslovně řekli, že na ty léky to jako nepomáhá. Nebo že to škodí. Tak jsem s tím nějak počítal a chodil jsem občas, jednu dobu jenom, na nějaký to pití. Ale přehnal jsem to vždycky jako, no. Potom jsem se někde dozvěděl, že to tak jako nevádí. Ale to byla mylná informace. Tak jsem chodil pravidelně, ale

říkal jsem si, že málo začnu pít, nebo míň, tak jsem chodil dvakrát do tejdne, ale míň jsem nepil. Střídal jsem takový období, že jsem vydržel míň pít a pak se to zase zhouplo k většímu pití.

T: Jak se projevuje to Tvoje onemocnění. Ta paranoidní schizofrenie. Jaké má příznaky?

R: Já měl třeba slyšiny, nebo jsem takovej....Jakože ve vystupování jsem takovej, nemám to sebevědomí a tak. Ale z těch příznaků, co jsem cejtíl sám na sobě, tak to byly ty slyšiny, který jsem měl třeba přes den, před spaním, nebo takhle. Zvukový halucinace a někdy takový ty divný prožitky toho stavu mezi spánkem a bdělostí.

T: A tyhle příznaky se nějak měnily, když si pil?

R: Jo, když jsem se napil. Nebo když jsem pak střízlivěl nějak přes noc, tak si pamatuju, že jsem toho slyšel víc jako, no, těch slyšin.

T: A jaký měl vliv ten alkohol celkově na chování?

R: Strašně jako..ted' si uvědomuju, že zničující. Protože takhle střízlivej je to mnohem lepší. Člověk má větší kontrolu. A vůbec..Zpětně když se koukám na věci, který jsem dělal při pití. To jsem se za to styděl, nebo nebylo mi v tom dobře už den potom. Sem měl vlastně hodně špatný pocity a prostě špatný.

T: A jaký vliv měl na mezilidský vztahy? Třeba s rodinou a přáteli?

R: Přátele jsem nebyl schopnej nějak udržet, abych nějak..Jenom ty, co pili vlastně. A v rodině..Časem to lezlo na nervy mamce, tátovi. A prostě se s tím museli nějak vypořádávat. Oni byli vlastně ten první impulz v léčbě. Že jsem to přeci jenom nezjistil sám, že jako potřebuju z tohohle dostat, no..

T: A co komunikace? Jak probíhá, když jseš střízlivej a jak to vypadalo, když si pil ten alkohol?

R: Já jsem byl při konverzaci s rodinou takovej naštvanej. A když jsem pil, tak jsem byl jako hodně uzavřenej a měl jsem ty paranoidní myšlenky, jakože jsem byl pořád naštvanej, že mě nevidí, tak jako. Vlastně jsem byl naštvanej, že jsem nebyl vnímanej jako střízlivej, když jsem pil a bavil se s nima. Byl jsem vzteklej. Kolikrát jsem tak jako odsekával mamce. Neměl jsem právě rád, když jsme se bavili o tom alkoholu. Že bych měl přestat pít. Je to mnohem lepší za střízliva,no.

T: A máš pocit, že se před tím, než u Tebe vypuklo to onemocnění a po tom, změnil způsob, jakým vycházíš s lidma, jak s nima komunikuješ?

R: Jo, asi jo..si tohohle jako moc..Určitě se to nějak mění..Já to nějak nesleduju. Já nevím. Ted' se kolikrát cejtím tak dobře, že je lepší, to seznamování.

T: V jakých situacích jsi měl nejčastěji chuť užít alkohol? Jestli si vzpomeneš, v jakým si byl rozpoložení, když si měl chuť se napít.

R: Když jsem chtěl zabít tu nudu. Bylo to pro mě jednoduchá věc, co jsem mohl udělat, abych se cítil jako dobře. Sem byl líný třeba jít za sportem, nebo právě, jít něco vyřešit v tom životě. A teďka s tím alkoholem to bylo tak, že jsem měl tu iluzi, že jsem něco vyřešil. Nebo že to má nějakou budoucnost právě v tom seznamování. Což jsem tehdy chtěl jako hodně řešit, ty vztahy. A mít někoho při sobě. Tak jsem si říkal, že mi v tom ten alkohol nějak pomáhá ... Cejtil jsem spokojeně, že jsem nemusel řešit tu svojí životní situaci.

T: A cítil jsi úlevu od nějakých potíží, když jsi pil ten alkohol?

R: Mě se ulevilo, že jsem se cejtil spokojeně a že vlastně nemusím řešit tu svojí životní situaci nebo tak. Já jsem zapoměl na tu otázku..

T: Jestli jsi cítil úlevu od nějakých potíží? A myslím tím i ve smyslu tvýho onemocnění..

R: Jo, měl jsem pocit, že se cejtím tak dobře, že určitě nejsem jako nemocnej. Že jsem si jako přemítal, nad čím přemýšlím střízlivej a říkal jsem si, ten alkohol mi to pomohl jakoby odhodit ty myšlenky. To mi hodně pomohlo, to jsem se cejtil jako fakt dobře. Že jsem nemusel přemýšlet nad věcma, jako když jsem byl střízlivej a jako spojenejch s tou nemocí. Jako že jsem hodně uzavřenej a přemejšlim si o tom, jak mě všechno štvě a zraňuje nějak úplně nesmyslně. A místo toho, abych to nějak řešil, jsem se nějak sebelitoval. A pak jsem si uvědomoval, že to k ničemu není a ten alkohol mi to pomoh jako vyřešit, no. Říkal jsem si, že na to mám právo. Že jsem nemocnej a že si to tím vlastně léčím.

T: Jak sám rozumíš tomu vztahu mezi Tvým onemocněním a užíváním návykových látek? Myslíš, že to nějak souvisí?

R: Jak jsem si pak zakouřil tu trávu a bylo mi špatně, tak to podle mě taky hodně zhoršilo tu schízu. A to LSD, to mě hodilo úplně do takovejch vjemovejch snovejch představ

příjemnejch. A už hned po tom, nějak pár dní, jsem měl pocit, že to ve mně furt zůstává a že to..Cejtíl jsem takovej těžkej balvan.Že jsem nedokázal přijít na to, co mě to tíží.

2 - muž

Anamnéza:

T: Kolik Vám je let?

R: 27

T: Kde jste se všude léčil a s čím?

R: Já jsem se léčil kvůli tomu, že mám paranoidní schizofrenii. To jsem si léčil a do toho jsem nějak abstinoval...

T:Můžete mi, prosím, říct, kde všude jste byl hospitalizován?

R: Čtyřikrát. Z toho jednou v Pardubicích, potom ve Štemberku u Olomouce, tam jsem byl asi jenom týden. A nejdelší můj pobyt byl právě v těch Bohnicích. Tam jsem byl nějak od září do února. Takže těchhle pár měsíců jsem tam byl.

T: U Vás v rodině se objevuje nějaké závislostní, nebo psychické onemocnění?

R: Ne.

T: Nikdo z rodičů, prarodičů, nebo sourozenců netrpí podobnými psychickými problémy?

R: Jo brácha. Je zbavenej svéprávnosti, jak bych to řek..Není úplně svéprávněj,no. Byl pět let hospitalizovanej ve Štemberku a to na něm taky nechalo nějaký stopy.

T: Jak hodnotíte Váš vztah s rodiči, sourozenci? Stýkáte se spolu, bavíte se?

R: Nestýkáme. Tak sem tam občas zavolám mamce a ... to je všechno.

T: A co tam je za problém, nějak jste se neshodli?

R: Neshodli. Já jsem byl adoptovanej, takže ...

T: Vyskytly se ve vašem životě nějaké zkušenosti, nebo události, které vám neprospěly?

R: Tak nějaký těžký věci byly, ale nějak si to nevybavuju..

T: Může to být třeba nějaký neúspěch, nebo úmrtí někoho blízkého.

R: To ne.

T: A kdy jste u sebe zpozoroval nějaké psychické problémy?

R: No, určitě už v dětství se to nějak projevovalo, i když ne v takový míře jako. Vlastně nevím,no.

T: Kdy se objevilo užívání návykových látek?

R: Více méně od té doby, co mě rodiče vyhodili z baráku. Tak hurá, vyzkouším všechno, co je možný, dostupný, udělám si na to svůj názor. Bohužel tehdy s tím pervitinem, co jsem začal experimentovat taky, se to nějak zvirtlo a nějakou dobu prostě...

T: Můžete mi to nějak chronologicky seřadit? Kdy to poprvý bylo a ...

R: Ve 21 jsem začal poprvý experimentovat. Dostal se mi do rukou díky ostatním ten pervitin. Takže samozřejmě jsem to zkusil, protože jsem si říkal, že zkusit se má všechno. A nějak mě to chytlo. Rok a půl jsem byl hodně závislej, to jsem bral každý den. Pak jsem si dal pauzu, protože to bylo fakt moc. Tak potom s přestávkami, no. To je těch 7 let, co jsem jakoby na tom pervitinu.

T: A nějaký jiný návykový látky? Alkohol, marihuana?

R: To jo, tu marihuanu jo.

T: A v kolika letech poprvé?

R: Taky nějak od těch 20, no. To jako občas hulím jakoby doted',no.

T: Závislý jste byl tedy na pervitinu.

R: Ano, přesně tak.

T: Můžete mi popsat, jaké pocity vám pervitin přinášel?

R: Tak já jsem to bral intravenózně, abych se přiznal. Takže mi to dávalo takový ty..jako když se člověk nastřelí, jsou to zajímavý stavy.

T: Lze to nějak popsat?

R: Je to těžký, já bych to nikomu nedoporučoval, aby to zkoušel, protože vím, že je to snadno návyková látka prostě. Opravdu že to člověka chytne. Ten mozek prostě funguje na mnohem víc procent, než je člověk normálně zvyklý. Přemýšlí o spoustě věcech, taky má takový zrychlený mluvení. Je to takovej stav, kdy má člověk prostě pocit, že mu všechno jde. Nemá prostě ostych, zábrany. Takže dokáže prakticky cokoli v tom stavu. Akorát následkem dlouhodobého užívání je takovej rozklad osobnosti, kdy člověk už opravdu neví, co dál. Taky to samozřejmě nechává různé stopy na těle, jakože je člověk hubenej. Když člověk hodně dlouho fetuje, je to na něm vidět hodně. A to jsem zas nechtěl, protože jsem se za to styděl, že to беру. Takže většinou jsem to bral, aby o tom nikdo nevěděl a když už, tak prostě ty dojezdy, nebo tadytyhle stavy, který přicházejí po...nějakou dobu poté. Protože člověk už je prostě unavený, protože nejí, více méně nepije a je takovej zrychlený, takže je to po tom často vidět. Straší se zajít podívat na hlavní nádraží, nebo projít se trošku po Václaváku nahore. Čili ty lidi..Člověk je vidí, jak to dopadá. Takovymhle způsobem jsem nechtěl skončit.

T: A začal jste abstinovat sám? Nebo v nějakém zařízení?

R: Více méně sám. Chodím akorát na motivační skupiny do Sananimu. Tam si o tom povídáme, jakým způsobem překonat ty chutě. Jaký jsou způsoby, nebo taky najít si nový kamarády, kteří to prostě neberou. Protože když je potom člověk s těma lidma, kteří to berou, tak je potom hodně těžký říct ne, já si nedám. A navíc tady v tom chráněným bydlení by měl člověk abstinovat.

T: Jak jste se cítil naopak střízlivý? V tom období, kdy jste hodně bral. Můžete mi srovnat Váš stav na pervitinu a bez něj?

R: Klasicky. Normální život plynul. Akorát to občas zanechává takový stopy, no. Že člověk má občas třeba, já nevím...cuká mu v koutku. Jinak dá se v pohodě prostě jako když už se to jako vyplaví z těla, člověk funguje prakticky normálně. Akorát to zanechává stopy v tom mozku a trošku tam zůstane nějaký ten guláš, takže to je potřeba si v tý hlavě urovnat.

T: To pak taky trvá delší dobu, ne?

R: Tak během těch tří dnů po užití to už je po tom tak nějak v pořádku. Člověk může fungovat normálně.

T: Ale výrazný propad k horšímu jste nezaznamenal?

R: Co jsem tady v Praze tak jsem to neužíval zas tak pravidelně. Někdy jednou tejdně, někdy dvakrát tejdně. Po tom jsem měl samozřejmě pauzu nějakou. Protože jsem vypadal jako takovej pohublej, vážil jsem 65 kilo. Prostě abych neskončil jako ti, co tam vidíme.

T: Vy jste říkal, že jste pervitin užíval intravenózně. Jak dlouho?

R Od začátku. Ten co mi to nabízel mi to dal poprvé intravenózně. První setkání s tou drogou bylo přímo takhle.

T: To znamená někdy v těch 20 letech.

R: Hmm.

T: A jaký byly první okolnosti užití? Motivace a tak?

R: Za prvý jsem nevěděl o co de, nebyl jsem v tom nějak zběhlej. Rodiče mě více méně vykopli. Zůstal jsem sám za sebe. Mohl jsem si říct, tohle udělám, tohle neudělám. A nestojí mi za prdelí někdo, kdo mě kvůli tomu bude buzerovat. Jako můj nevlastní otec. Takže jsem si řekl, proč ne? Já to teda zkusím, uvidíme, co z toho bude.

T: Takže nějaká zvědavost?

R: No, že člověk neví, o čem to je.

T: A jak často jste si dával? Říkal jste, že jste v tom měl nějaké výkyvy. To se to časem postupně snižovalo?

R: Poprvý jsem to vzal, to bylo nic. Bylo to tak dvakrát, třikrát do měsíce. A to co jsem bral před tím, toho jedna a půl roku před tou větší pauzou, to jsem bral opravdu skoro denně. Čtrnáct dní opravdu na tom pervitinu. Jsem nespál. Takže ve finále jsem měl halucinace, viděl jsem věci, který tam nebyly. Díky tomu, že člověk byl úplně vyčerpanej. Viděl jsem šmoulíky, jak na mě mávají v lese – „pod' za náma“, a takovýchle věcí. Začal jsem po tom vidět i bílý myšky, tak jsem si říkal- „to už je moc, musím s tím seknout na nějakou dobu“. Nesmí ten pervitin prostě vyhrát nad Váma, ten pervitin nesmí určovat pravidla. To je jako s ohněm prostě.

T: A jaký množství jste obvykle užíval?

R: Tak já nevím, 0,3 – 0,4 gramu na jednu dávku.

T: Od kdy trpíte psychickým onemocněním?

R: Tu diagnózu mi stanovili vlastně teď v Bohnicích.

T: To je v kolika letech?

R: No teď.

T: Jak se projevuje Vaše onemocnění?

R: Moje paranoidní schizofrenie? Mám občas hlasy, který mi něco říkají. Teď už je to lepší jako. Mám občas nějaký vidiny, nějaký halucinace taky ještě. Ale jako není to nic, co by mě nějak ohrožovalo. Se to dá zvládnout. Beru prostě léky, který mi s tím pomáhají trochu.

T: A jak se ty příznaky měnily, když jste si dal ten pervitin?

R: Tam to bylo úplně o něčem jiném. Člověk myslí na něco jiného, o těchhle věcech ani nějak nepřemýšlí.

T: A jak se měnilo chování po užití toho pervitinu?

R: Člověk je takovej, že ztrácí zábrany, je takovej komunikativní, nic mu nedělá problémy. Stav, ve kterém člověk dokáže prakticky všechno.

T: Ty drogy nějak poznamenaly vztahy s rodinou, partnery, přáteli?

R: Jo, no. Poznamenalo to trochu. Můj vztah s mou bývalou přítelkyní to poznamenalo.

T: Ta nebrala drogy?

R: Ta drogy brala, pak přestala. Já jsem nějak nepřestal a choval jsem se prostě nějak jinak, než ona si přála, díky tomu, že jsem bral. Nakonec jsme se rozešli nějak. Uvidím, jak to dopadne.

T: Jak vypadaly vaše vztahy s lidma, když jste neužíval drogy a jak po tom, když už jste je bral?

R: To je těžký, protože já do těch 20 jsem byl ještě u našich. Tam to bylo tvrdý. Prostě fotr jakože je psycholog a dělal v protě alkoholní léčbě, takže ani ten alkohol v rodině nebyl ani na Silvestra, nic takovýho. Takže sem tomu alkoholu vůbec neholdoval. Potom se to doneslo

k otci, že jsem tady v Praze a že prej beru nějaký drogy, nebo co. Někdo něco řekl. Na jednu stranu je to můj život, na druhou stranu když člověk bere, ovlivňuje to jako opravdu všechny kolem toho člověka, kterej bere. Člověk si jaksi neuvědomuje změnu toho vnitřního já, ani ten vzhled, jak se člověk mění, když bere hodně. Ty lidi pak od sebe odpuzuje, protože nikdo se nechce tahat s nějakým feťákem, kterej vypadá příšerně, oči propadlý a tady tohle všechno.

T: Jak jste se cítil mezi lidma, když jste nebral a poté, když už jste užíval? Jak probíhala komunikace?

R: Ne, ta komunikace probíhala naprosto stejně jako. Tu komunikaci s těma lidma jsem zvládal i bez pervitinu. To byla spíš taková droga, kdy sem prostě. Jak bych to řekl. Prostě je to hnus.

T: V jakých situacích jste měl nejčastěji chuť si dát?

R: No ty chutě byly vždycky. Záleželo na tom, kde jsem, s kým jsem. Nebo jsem si to šel sehnat sám. Že jsem šel za kamarádem, kterej byl vaříč. Tak jsem měl. Když si člověk potřebuje sehnat drogu a fakt po ní jde, tak si jí prostě sežene.

T: Takže se to neváže k nějakým konkrétním situacím, že v nějakých chvílích, jste na to měl větší chuť?

R: Spíš když sem se byl někde bavit, v nějakym klubu, tak sem měl chuť, jakože si dám. Člověk si zatančí, ztratí takovej trošku ostych. Tak začne kecat s holkama, je takovej výživnej. Všechno jde.

T: Cítil jste po požití úlevu od nějakých potíží, když jste byl intoxikovaný?

R: V tu chvíli, kdy si to člověk dá, tak na to nemyslí.

T: Myslíte, že Vaše onemocnění s užíváním drog nějak souvisí?

R: Ne, to je ve mně už od dětství, trošku ta paranoia. Že mě otec pořád sledoval, co dělám a co nedělám. Že byl schopnej se někde schovat a monitorovat mě. Když do toho byly drogy, tak se to možná zesílilo trošku. Takže to skončilo tak, jak to skončilo.

3. - muž

T: Kolik Ti je let?

R: 30

T: Byl ses někdy léčit?

R: Asi třikrát na psychiatrii v Bohnicích kvůli schizofrenii, která se mi spustila díky tomu, že jsem prej moc hulil trávu.

T: U Tebe v rodině se objevuje nějaké psychické onemocnění?

R: Ne, neobjevuje.

T: A nějaká závislost?

R: My jsme takový, že si dokážem říct stop a už si nedáme.

T: Jak hodnotíš svůj vztah s rodinou?

R: Nejdřív jsem se na ně naštvál, když mě poslali poprvý na psychiatrii a pak jsem to nějak překous v sobě a teď je to dobrý.

T: A vyskytly se u Tebe v životě nějaký zkušenosti, nebo události, který Ti neprospěly, nebo uškodily?

R: Ne, nejhorší pro mě byla ta psychiatrie.

T: A kdy se u Tebe objevily psychický problémy?

R: Já nevím. Mě vždycky říkaj policajti, když pro mě přijedou, když jsem neklidnej, že musím zůstat na psychiatrii, dokud jsem klidnej.

T: A v kolika letech jsi byl na psychiatrii poprvé?

R: Ve 28.

T: A v kolika letech jsi začal experimentovat s návykovými látkami?

R: Já tomu neříkám návykový látky, já tomu říkám prostě tráva. Ale od 13.

T: Vyzkoušel si i jiné drogy?

R: Perník. Už ho nechci vidět.

T: A v kolika letech?

R: To jsem pracoval v Globusu, dělal sem tam doplňovače zboží. Bylo mi 24. A to bylo po celou dobu, co sem tam pracoval. Abych vydržel nonstop.

T: Co pro Tebe ta tráva znamenala, když si začal hulit?

R: Přátelská droga. Prostě pohoda, klídeček, smích, dobrá nálada. Dobrý jídlo k tomu patří ještě.

T: A co pro Tebe znamenal ten pervitin?

R: Nic, akorát jsem vydržel vzhůru. Nemusel jsem jít spát a nemusel jsem jíst, tak jsem ušetřil.

T: Jak se cítíš, když si nezahulíš?

R: Já nevím, mě to přijde už normální. Když nehulim, tak jsem takovej v pohodě. Střízlivej, uplně. Já hulim proto, že jsem si na to zvyk.

T: Jak často hulíš?

R: Já nevím..tak jednou za den si dám jointa.

T: A jaký množství?

R: Tak 0,2 si dám do jointa.

T: Jak se projevuje Tvé onemocnění?

R: Znáš Chaozz? Písničku Hlasy z mojí hlavy? Tak přesně tak se to projevuje.

T: A můžeš to ještě nějak rozvést?

R: Třeba se mi stalo. To jsem byl buď moc přehulenej, prostě jsem ležel v posteli, koukám a najednou na zemi vidím malý lidi. Neviditelný. A říkám si – „to není možný“. A nebo neviditelný brčko na pití. A takovýhle věci vídám. Někdy.

T: A když si zahulíš?

R: Tak je všechno v pořádku. Mě to pomáhá na tu schizofrenii. Ale nechápu to, jak jsem mohl vidět neviditelný lidi! Proč já? A myslíš, že ty neviditelný lidi můžou bejt třeba bůh, že je to nějaký znamení pro mě?

T: To já nevím, to je těžký takhle říct.

R: Já jsem si třeba povídal i s internetem a nechápu to. Najednou vyjela stránka, všude samý holky a psaly – jo, pěkněj seš. Nechápu to. Povídat si s počítačem, povídat si s televizí.. Jak kdyby mi to někdo říkal telepaticky. Furt něco. Sem si říkal, že to není realita, že si musím dát jointa, abych se uklidnil. Na psychiatrii mi doktorka říkala, že jsem čaroděj.

T: Změnil se nějak Tvůj vztah s rodinou, když se dozvěděli, že huliš?

R: Taky dobrý. Oni to postupem času přestali přehlížet a přestali mi to zakazovat. Já jsem jim prostě řekl, že než abych si koupil cigára, tak si radši zakouřím jointa. A táta na mě – „Děláš si ze mě srandu, kolik to stojí?“ Já na to- „Někdo to má za 150,- někdo za 200.“ Od té doby, co mám tu schízu se to zhoršilo. Začali mě víc hlídat. Oni mě maj tak rádi, že to podle mě přeháněj.

T: Rodiče mívají starost.

R: Máma ta mi zemřela. Ta taky viděla ty neviditelný, normálně, než umřela. Třeba to bylo proto, že si pro ní přišli. Když jsem se o tom bavil s babičkou, to je jehovistka, tak mi říkala, že to je možný.

T: V jakých situacích máš největší chuť si zahulit?

R: Když mě někdo našťve.

T: A jak se cítíš, než si zakouříš?

R: Prostě normálně.

T: A cítíš úlevu od nějakých potíží?

R: Všechny starosti sou pryč. A zjistil sem, že ta tráva i ten perník hrozně gumujou hlavu. Gumujou vzpomínky.

T: A jakej je Tvůj názor, myslíš, že to je Tvoje onemocnění a hulení nějak provázaný?

R: Myslim že z třetiny něco na tom je. Ale když třeba přestanu hulit na půl roku, tak sem takovej čerstvější.

4 – žena-

T: Kolik Vám je let, prosím?

R: Je mi 32

T: Byla jste někdy v léčebném zařízení?

R: Byla.

T: Kolikrát a kde?

R: Jednou. Jednou kvůli alkoholu a jednou kvůli práškům.

T: Od Vás z rodiny někdo trpěl nějakou závislostí?

R: Strejda pil.

T: Jaký máte vztah s rodinou?

R: Se sourozencem je to jak kdy a s rodičema se vůbec nestýkám.

T: Potkala Vás v životě nějaká zkušenost, či událost, která Vám neprospěla?

R: Od 13 jsem vždycky po dvou letech zažila úmrtí.

T: Jakým trpíte onemocněním?

R: Maniodepresivní psychózou.

T: Kdy jste u sebe zpozorovala psychické obtíže?

R: Od 7 let.

T: V kolika letech jste začala experimentovat s alkoholem a jinými návykovými látkami?

R: S alkoholem to vlastně bylo v 16. No a pak vlastně jsem kombinovala ty prášky. Bylo mi 20, necelých 21.

T: Někaké ilegální látky?

R: Ne, to vůbec.

T: Kolik jste obvykle vypila toho alkoholu?

R: Docela dost. Třeba za jeden večír 2litry vína.

T: Jak jste se cítila, když jste byla bez alkoholu?

R: Hrozně, kor když jsem byla závislá. Hlavně fyzicky, bylo mi špatně – bolest hlavy, třes rukou.

T: Jaký dopad mělo Vaše pití na mezilidské vztahy?

R: Máma to dlouho nezjistila, že piju. Když to zjistila, tak jsem řekla, že jsem plnoletá

T: A komunikace?

R: Na alkoholu to probíhalo líp.

T: Můžete mi popsat, jak se projevují Vaše psychické obtíže?

R: Deprese. Je to hrozný. Potom jsem hodně protivná.

T: A ten alkohol na to pomáhal?

R: Když jsem chtěla být v náladě, nebo se uklidnit, tak jsem si dala ten alkohol.

T: Co Vám ten alkohol dával?

R: Začalo to díky kamarádům, pak jsem ztratila práci. Alkoholem jsem se dostala do lepší nálady.

T: A v jakých situacích jste měla chuť se napít?

R: No, když se něco pokazilo a já se chtěla cítit líp.

T: Myslíte, že to spolu může nějak souviset?

R: To vůbec nevím.

5 - muž

T: Kolik Ti je let?

R: 27

T: Léčil ses někdy se závislostí nebo nějakýma psychickýma obtížema?

R: Jo byl jsem v léčebně, ale ani ne na léčení. Spíš proto, že říkali, že jsem nebezpečnej. V podstatě se nic nestalo. Jsem se pohádal s matkou, rozbil jsem skleničku. A když přišli policajti a viděli rozsekanej byt, já nevím..nádobí po zemi... No, byl jsem v Bohnicích i na Karláku.

T: U Tebe v rodině se objevuje nějaké závislostní nebo psychické onemocnění?

R: Ne, nevím o tom, že by byl někdo závislej. Otec má to, co mám já. To je bipolární afektivní porucha.

T: Jaký vztah máš s rodinou?

R: Dobrej. Neutrální. No, vlastně nic moc.

T: Vyskytly se ve Tvém životě nějaké zkušenosti, či události, které Ti výrazně neprospěly?

R: Jsem v 17 rozsekal fotrovi auto na dálnici. Jsme se nějak pohádali s fotrem, tak jsem se nasral, odešel jsem. Jel jsem se projet. Učil jsem se od profesionála od 16. Otec je taxikář. Jel jsem z Brna po dálnici a začal jsem usínat, hodil jsem tam hodiny. No, jsem rád, že jsem to nakonec nějak ukočíroval. Auto na sračky a mně nebylo vůbec nic.

T: Kdy si u sebe zpozoroval nějaké psychické problémy?

R: V 17. Už jsem u sebe možná něco pozoroval v 16, ale nějaký extrém v 17.

T: Jak se to projevovalo?

R: Třeba tejden jsem nespál. Ležíš, nic, nic, jdeš na záchod, je půlnoc, pak na jednou čtyři ráno. Přijde ti to, jako že jseš v tý posteli navíc.

T: V kolika letech jsi začal experimentovat s návykovými látkami a jakými?

R: V 17, no. Možná i dřív, v 16. Jsem začal hulit. V 15 jsem se poprvý ožral u souseda. A perník třeba ve 20, 21. Ne, vlastně nejdřív speed. Kámoš přines do školy. Klasika. Houby jsem jednou jedl, ale nic nevím. To mi bylo tak 23.

T: Látkou, kterou nejvíce užíváš je marihuana. Co Ti její užívání přináší?

R: Nevím. Vstanu, dám brko a je mi všechno jedno. Je pravda, že když jsem měl málo prachů, tak jsem si řekl, že si nezahlím. Ale on vždycky někdo přijde a zhulí mě.

T: A jak se cítíš, když jseš střízlivý?

R: Třeba jednou jsem byl fakt naštvanej. Kámoš mi slíbil, že se s něčím staví a nepřišel. Když se člověk navnadí, tak ho to fakt naštvá. Kdyby nic neříkal, tak bych byl prostě jeden den střízlivej. Když si nezahlím, tak se jedním slovem cejtim - zbrkle. A pak jsem se ještě rozešel s holkou, se kterou jsme spolu byli dlouho. To bylo mezi 16, 18. Po tom, co jsem byl v Bohnicích.

T: Jak často hulíš?

R: Ráno, odpoledne, večer. Každý den.

T: A jaký množství?

R: Asi tak 1g denně.

T: Jaké příznaky má Tvé onemocnění?

R: Ta bipolární afektivní porucha, nebo co to je?

T: Ano.

R: Četl jsem o tom knížku a nevím o tom vůbec nic. Vůbec nic. Je to taková nemoc, že to není nějak permanentní. V mozku jsou nějaký ty chemikálie a když nějaká převáží, tak třeba u mýho táty se střídají dvě různé nálady. Jednou je třeba schopnej rozdat milion na setkání a je schopnej si to obhájit. Pak je zase nasranej, takovej přesnej opak.

T: A ty to máš podobně?

R: Já Ti nevím. Já to mám asi trochu jinak. Já začnu mít hrozný schízny a začnu všechny podezřívát, že jsou domluvený na mě.

T: A co dělá s těma schízama to hulení?

R: To nemá žádný vliv. To má akorát vliv, když nespím. Já to prostě nechápu. Mozek by měl být po tejdnu unavený. Ten mozek se roztočí do extrémních otáček a začne generovat nekonečno nesmyslů. A když se zhulím, jdu spát.

T: Říkal jsi, že si občas dáš pervitin, ten s těmi stavy dělá co?

R: Když oni mě fakt mohli sledovat. Těžko říct, jestli to byla schíza nebo...spíš to byla schíza. Určitě to tomu neprospívá. Jak jsem říkal. Tři dny nespát není dobrý.

T: Jaký vliv má to hulení na mezilidské vztahy??

R: Dobrej. Matka dřív byla proti tomu. Když mi bylo 16, tak jsem si dal na balkon jednu kytku a byl to hroznej problém. Tak systematicky, rok po roce...No našla si přítele, kterej taky pěstuje.

T: V jakých situacích máš nejčastěji chuť si zahulit?

R: Spíš když mám dobrou náladu. Hulení je totiž násobič nálady. Chce to na brko vytáhnout toho správnýho člověka. A je to hodně o okolí, že jo.

T: Jak se cítíš před tím, než si zahulíš?

R: Dřív jsem byl třeba schopnej počkat do 2, do 3, než se s někým domluvim. Ted' vstanu, dám si brko, dám si druhý...Takhle to mám třeba rok.

T: A jak se cítíš poté, co ti to přináší?

R: Klid. Cítím se pomalejší určitě. I am high. Prostě nad věci.

T: Když si zahulíš, cítíš úlevu od nějakých obtíží?

R: Asi jo.

T: Myslíš, že spolu Tvůj psychický problém a užívání návykových látek nějak souvisí?

R: Myslim si, že ne. Něco jsem pozoroval dřív, než jsem začal být aktivní uživatel.

Ukázka rozhovoru z PL Bohnice

T = tazatel

R = respondent

T. Víte s jakým onemocněním jste tu?

R. Co? No..játra mám nemocný.

T. Aha..A v kolika letech jste začal pít alkohol a brát drogy??

R. No..V 18 asi

T. Než jste sem nastoupil, užíval jste něco?

R. Co?? Jo..trávu.

T. V dotazníku jsi mi uvedl, že jste užíval i pervitin. Jakým způsobem?

R. Šňupal.

T. A jak často jste kouřil trávu?

R. Každý den.

T.A kolik tak?

R. Asi 250 sáčků.

T. Za den?? To asi ne..

R. Jo.

T. Tak tedy dobrá..A myslíte, že to braní a kouření mělo vliv na tu nemoc, kvůli které tady jste?

R. Jo, mám z toho právě ty játra nemocný.

T. A měl jste někdy kvůli užívání návykových látek problém v mezilidských vztazích, Třeba v rodině, s partnerkou?

R. Ne. Oni to nevěděli a ani to nevěděj. Dyt' už neberu.

T. Dobře..kvůli čemu jste to užíval, co Vám to přinášelo? Jaký pocit?

R. Sme se bavili, zpívali..

T. Takže zábavu?

R. Jo, hlavně zábava.

T. A myslíte, že se teď někdo dostatečně věnuje Vašemu problému s užíváním drog a pitím alkoholu?

R. Oni to nevěděj!!!

T. Dobře, to je všechno. Dík za rozhovor.

R. Jo. Čau.